



Hochschule
Zittau/Görlitz
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hochschule Zittau/Görlitz
Fakultät Sozialwissenschaften
Kommunikationspsychologie

BACHELORARBEIT

Der Umgang mit Suizidalität im professionellen Helfersystem

Eine qualitative Untersuchung zum Erleben und Bewältigen des
suizidalen Verhaltens von Klient*innen im Berufsalltag

Vorgelegt von:

Katharina Neß

Erstbetreuerin: Prof. Dr. rer. nat. Maja Dshemuchadse

Zweitbetreuer: Prof. Dr. phil. habil. Rudolf Schmitt

Abgabetermin: 17.06.2021

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	6
Zusammenfassung	7
Abstract	8
1. Einleitung	9
2. Theoretischer Hintergrund	10
2.1 Begriffsbestimmung Suizidalität	11
2.1.1 Formen des Begriffs Suizidalität	12
2.2 Epidemiologie	12
2.2.1 Häufung von Suiziden	13
2.2.2 Häufung von Patientensuiziden	13
2.2.3 Methodische Probleme beim Erfassen von Suiziden	14
2.3 Risikofaktoren für Suizidalität	15
2.3.1 Anzeichen für erhöhte Suizidalität	17
2.4 Umgang mit Suizidalität im professionellen Helfersystem	18
2.4.1 typische Reaktionen auf Suizidereignisse	18
2.4.1.1 Belastungsreaktionen	19
2.4.1.2 Trauerreaktionen	23
2.4.1.3 Schuld- und Schamgefühle	24
2.5 Unterstützungsangebote für Suizidhinterbliebene	24
2.5.1 Allgemeine Unterstützungsangebote für Suizidhinterbliebene	25
2.5.2 Krisenintervention in der Organisation	25
2.5.2.1 empirische Ergebnisse zu hilfreichen Interventionen	26
2.5.2.2 Entlastungsgespräche unter Mitarbeitenden	27
2.5.2.3 Teambesprechungen	28
2.5.2.4 Suizidnachbesprechungen	28
2.5.2.5 Supervision und Intervention	28
3. Fragestellung und Ziel der Arbeit	29
4. Methodik	30
4.1 Begründung der Forschungsmethode	30

4.2 Sampling.....	31
4.3 Methode der Datenerhebung	32
4.4 Methode der Datenanalyse.....	33
4.4.1 Kodieren des Materials.....	34
4.4.2 Analyse des kodierten Materials.....	35
5. Ergebnisse.....	37
5.1 Stichprobenbeschreibung	37
5.2 Auswertung der einzelnen Kategorien	38
5.2.1 Kategorie Art des Kontaktes mit Suizidalität.....	39
5.2.2 Kategorie Belastungsfaktoren.....	40
5.2.2.1 Intensität des Kontaktes	40
5.2.2.2 strukturelle und organisatorische Defizite.....	41
5.2.2.3 Suizidformen und Suizidmethoden.....	42
5.2.2.4 berufliche Unerfahrenheit.....	43
5.2.2.5 Eigenschaften des/der Klient*in.....	44
5.2.2.6 Kontakt mit den Angehörigen	44
5.2.2.7 Grad der Verantwortung.....	45
5.2.2.8 Grund des Suizides	45
5.2.2.9 Zeitpunkt des Suizides	46
5.2.2.10 Qualität und Quantität der sozialen Unterstützung	47
5.2.2.11 eigene Vorbelastung.....	47
5.2.2.12 Auffinden des Suizidopfers	48
5.2.2.13 Kontaktabbruch zu Klient*innen und deren Umfeld	48
5.2.3 Kategorie Reaktionen auf suizidale Ereignisse	49
5.2.3.1 Schuldgefühle und Zweifel an den eigenen Fähigkeiten.....	49
5.2.3.2 Schock	50
5.2.3.3 Gedankenkreisen.....	51
5.2.3.4 Trauer	51
5.2.3.5 kein Fühlen, nur funktionieren	52
5.2.3.6 Ambivalenz.....	52
5.2.3.7 Überforderung und Hilflosigkeit	52
5.2.3.8 Ärger	53
5.2.3.9 körperliche Symptome.....	53
5.2.3.10 Scham.....	54
5.2.3.11 berufliche Befriedigung.....	54

5.2.3.12 Erleichterung	54
5.2.4 Kategorie Einfluss des Erlebten auf die eigene Arbeit	55
5.2.5 Kategorie professionelle Bewältigungsmethoden	57
5.2.6 Kategorie persönliche Bewältigungsmethoden	60
5.2.7 Kategorie Wunsch, um Ereignis besser verarbeiten zu können	63
5.2.8 Kategorie Bewertung der eigenen Bewältigung	66
5.3 Auswertung der Zusammenhänge und Unterschiede	67
6. Diskussion	68
6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse in einem Modell.....	69
6.2 Interpretation der Ergebnisse.....	70
6.2.1 Das Erleben von Suizidalität im professionellen Kontext	70
6.2.2 Die Bewältigung von Suizidalität im professionellen Kontext.....	77
6.3 Gütekriterien	80
6.4 Limitationen der Arbeit.....	83
6.5 Ausblick.....	84
6.6 Implikationen für die Praxis.....	86
7. Fazit	87
8. Literaturverzeichnis.....	89
Anhang.....	95
Anhang A – Interviewleitfaden	95
Anhang B – Transkriptionsregeln.....	96
Anhang C - Tabelle der kodierten Segmente mit Summarys	97
Anhang D - Screenshots zur Datenanalyse.....	176
Anhang E - Grafiken zur Epidemiologie	178

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Overlap-model (five domains) für suizidales Verhalten nach Kupfer und Blumenthal (Wolfersdorf, 2000)	15
Abbildung 2. Mögliche Belastungsfaktoren und Folgen (Lasogga & Karutz, 2011).....	21
Abbildung 3. Typische Stresssymptome auf den vier Ebenen (Illes et al., 2015)	22
Abbildung 4. Ablaufschema der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2018)	34
Abbildung 5. Sechs Formen der Auswertung bei einer inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2018)	36
Abbildung 6. Häufigkeiten der Suizidformen in Zusammenhang mit den berichteten belastenden Ereignissen	39
Abbildung 7. Weiterentwicklung des Modells von Lasogga und Karutz (2011) zur Zusammenfassung der relevanten Ergebnisse	69

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Hilfreiche Interventionen nach dem Patientensuizid (Alexander et al., 2000)	26
Tabelle 2. Hilfreiche Kontakte nach dem Patientensuizid (Alexander et al., 2000).....	27

Zusammenfassung

Ziel dieser Arbeit ist es zu analysieren, wie Mitarbeitende mit Suizidalität im professionellen Kontext umgehen. Dafür wird die folgende Hauptforschungsfrage gestellt: *„Wie gehen Mitarbeitende, die in psychiatrischen oder psychosozialen Versorgungsstrukturen arbeiten, mit der Suizidalität ihrer Klient*innen um?“*. Anhand dieser und zwei zusätzlich bestehenden Unterforschungsfragen wird das Erleben und das Bewältigen von suizidalen Ereignissen im Berufsalltag von Mitarbeitenden erforscht, die mit Patientensuizidalität konfrontiert waren. Um zu erfahren, wie und wodurch diese belastet sind und wie entstandene Belastungen bewältigt werden, wurden Expert*inneninterviews mit neun Mitarbeitenden aus der psychiatrisch-psychosozialen Versorgung durchgeführt, welche mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass alle Mitarbeitende durch das Erleben suizidaler Ereignisse im Arbeitskontext belastet waren. Die stärksten Prädiktoren für eine Belastungsreaktion scheinen die Suizidform und -methode, die Intensität des Kontaktes zu den Klient*innen, berufliche Unerfahrenheit sowie strukturelle und organisatorische Defizite darzustellen. Vorrangig wurden durch ein suizidales Ereignis negativ bewertete Reaktionen ausgelöst. Dominierend waren hier Gefühle der Schuld, Zweifel an den eigenen Fähigkeiten, Trauer und Schock. In einigen Situationen löste ein suizidales Ereignis hingegen positive Gefühle aus. Vor allem, wenn dieses bewältigt wurde, resultierte dies in einem Zustand der Resilienz. Der größte protektive Faktor ist der Austausch im professionellen und privaten Kontext, der zu einer guten Bewältigung des Ereignisses führen kann. Zusätzlich wurden andere Unterstützungsangebote im professionellen Rahmen genutzt, die jedoch nicht optimal gestaltet waren, um für die Mitarbeitenden so hilfreich zu agieren wie unterstützende Gespräche. Diese Arbeit soll dazu beitragen, dass belastende und protektive Faktoren im Hinblick auf suizidale Ereignisse identifiziert werden, um positiv auf die psychische und physische Gesundheit von Mitarbeitenden einwirken zu können.

Abstract

The aim of this study is to analyse how employees deal with suicidality in a professional context. To examine the experience and coping of suicidal events, nine experts, working in psychosocial or psychiatric care, were interviewed. To evaluate the data, a qualitative content analysis was conducted. The results indicate that all employees were mentally or physically affected. The major predictors of a stress reaction were the form and method of suicide, the relationship to the person who died, being new to the job and organisational deficits. Due to a suicidal event, mostly negative reactions were initiated. The most dominant negative reactions were feelings of guilt, feelings of incompetence, grief and shock. However, upcoming feelings in other situations were also positive, especially when overcoming a suicidal event. The most important protective factor is a supportive environment. Support from colleagues, family members and friends proved helpful. Additionally, other supportive offers were used in a professional context. Because of poor organisation they were not considered as helpful as communicating with colleagues or family members. This study contributes to the understanding of burdening and protective factors in terms of suicidal events to positively influence the health of employees.

1. Einleitung

Global betrachtet, starben im Jahr 2012 mehr als 800 000 Menschen an Suiziden (Saxena, Krug, Chestnov & World Health Organization [WHO], 2014). In Deutschland haben sich laut einer Erhebung des Statistischen Bundesamtes (2020) im Jahr 2018 in etwa 9 396 Menschen das Leben genommen (siehe Anhang E6), damit befindet sich Deutschland im europäischen Vergleich im Mittelfeld. Geschätzt wird, dass etwa 65 bis 90 Prozent aller Suizide im Zusammenhang mit psychischen Störungen begangen werden, häufig verursacht durch eine Depression (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, Lozano & WHO, 2002). Trotz aller vorhandenen Bestrebungen der Suizidprävention, zählt der Suizid zu einer der häufigsten Todesursachen im Gesundheitswesen (Illes, Jendreyshak, Armgart & Juckel, 2015).

Suizidhandlungen stellen für das Umfeld der betroffenen Person eine hohe Belastung dar, dabei ist jedoch nicht nur das familiäre Milieu betroffen, sondern auch das professionelle. Im Kontext des professionellen Milieus spreche ich vor allem von unterschiedlichen Hilfesystemen, in denen der/die Klient*in vernetzt war. Es zeigt sich, dass neben der nahen Verwandtschaft auch das weitere Umfeld des/der Verstorbenen betroffen sein kann (Becker, Manthey, Kaess, Brockmann, Zimmermann & Plener, 2017). „Demzufolge muss der Begriff Suizidhinterbliebener neben Familienmitgliedern auch Arbeitskollegen, [...] Therapeuten und andere professionelle Helfer umfassen“ (Brockmann, Hegerl & Winter, 2005, S. 47). Die WHO zeigt auf, dass von jedem Suizid circa 6 bis 23 andere Personen betroffen seien (Schmidtke & Schaller, 2012).

Insbesondere in Berufsfeldern, in denen die Versorgung psychisch kranker Menschen relevant ist, werden Mitarbeitende häufiger mit Suizidalität konfrontiert, da Menschen in einer psychosozialen Krise ein höheres Suizidrisiko aufweisen (Illes et al., 2015). So gaben beispielsweise 50 bis 61 Prozent der psychiatrischen Assistenz- und Fachärzt*innen an, mindestens einmal während ihrer Tätigkeit einen Suizid erlebt zu haben (Pilkington & Etkin, 2003; Ruskin, Sakinofsky, Bagby, Dickens & Sousa, 2004).

Die entsprechenden Reaktionen der Mitarbeitenden auf ein suizidales Ereignis sind sehr unterschiedlich, woraus individuell erlebte Belastungen resultieren. Wie Suizide und Suizidversuche von Mitarbeitenden erlebt und bewältigt werden, ist

abhängig von diversen Faktoren. Die individuell erlebte Belastung resultiert darin, dass einige Mitarbeitende das Ereignis schneller verarbeiten, während andere deutlich länger benötigen und eine intensivere Belastung empfinden (Illes et al., 2015). In einigen Fällen kann es auch zu mittelfristigen Belastungsfolgen oder sogar langfristigen Stressreaktionen kommen (Illes et al., 2015). Umso wichtiger ist es, dass im beruflichen Kontext Unterstützungsangebote existieren, um den Beschäftigten zu ermöglichen, erlebte Suizidalität bewältigen zu können. Bislang existieren in Deutschland nur wenige konkrete und unspezifische Unterstützungsangebote für die Bewältigung von Suizidalität (Brockmann et al., 2005). Um konkrete, flexiblere Unterstützungsangebote entwickeln und Mitarbeitende auch präventiv unterstützen zu können, ist es wichtig zu verstehen, wie suizidale Ereignisse im professionellen Helfersystem erlebt und verarbeitet werden und zudem, welche Unterstützungsangebote bereits wahrgenommen und als hilfreich betrachtet wurden. Da das Erleben von suizidalen Ereignissen in der Versorgung psychisch kranker Personen nicht selten ist, wird diese Arbeit das Erleben und Bewältigen der Suizidalität von Mitarbeitenden mit einem psychiatrisch-psychosozialen Berufshintergrund erforschen.

Im folgenden Kapitel dieser Arbeit wird zunächst der theoretische Hintergrund in Bezug auf Suizidalität beleuchtet und anschließend werden die aus der Literatur gebildeten Forschungsfragen vorgestellt. Der vierte Abschnitt dieser Arbeit wird das methodische Vorgehen und die Durchführung der Untersuchung erläutern. Darauf folgend werden die Ergebnisse, welche aus der Durchführung resultieren, präsentiert. Im letzten Teil der Arbeit werden die Ergebnisse interpretiert und Grenzen der eigenen Forschung beleuchtet. Ergänzend dazu, mögliche Ableitungen für die Praxis gezogen und Überlegungen für zukünftige Forschung angestellt.

2. Theoretischer Hintergrund

In den folgenden Unterkapiteln sollen die theoretischen Hintergründe des Konstruktes Suizidalität dargestellt werden. Dabei wird der Begriff Suizidalität zunächst näher definiert und dessen Formen werden beschrieben. Um die Relevanz des Themas hervorzuheben, wird auf die Epidemiologie sowie die Häufung von Suiziden in psychiatrischen Versorgungseinrichtungen eingegangen. Anschließend

wird ein Überblick über die Risikofaktoren für suizidales Verhalten gegeben. Der Hauptteil dieser Arbeit bezieht sich auf den Umgang mit Suizidalität im professionellen Helfersystem und schließlich auf existierende Unterstützungsangebote. Dabei werde ich auf die allgemein bestehenden Unterstützungsmaßnahmen eingehen sowie auf mögliche Kriseninterventionsmaßnahmen in der Organisation.

2.1 Begriffsbestimmung Suizidalität

Die Bezeichnung Suizidalität wird in dieser Arbeit als Oberbegriff für die Begrifflichkeiten Suizid, Suizidversuch und Suizidgedanken fungieren. Eine eindeutige, allumfassende Definition zu finden, ist durch die Verwendung des Begriffes Suizidalität in unterschiedlichen Kontexten nicht einfach. Zur Abgrenzung der Begriffe Suizid, Suizidversuch und Suizidgedanken und zur detaillierten Definition dieser Begriffe, wird es im Unterkapitel einen Überblick über die verschiedenen Formen von Suizidalität geben.

Der Begriff Suizidalität findet sich vorwiegend in medizinischen Feldern wieder, genauer gesagt oftmals in Feldern der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und Diagnostik (Bronisch, 2007). Im medizinischen Bereich besteht ein breites Spektrum an Dienstleistern und heterogenen Hilfesystemen, weshalb es innerhalb der jeweiligen Bereiche einen differenten Umgang sowie unterschiedliche Verwendungen des Begriffes Suizidalität gibt. Eine heutige, auch im klinisch-medizinischen Kontext aktuelle Definition nach Wolfersdorf und Etzersdorfer (2011) beschreibt Suizidalität als die Summe aller Denk-, Verhaltens- sowie Erlebensweisen eines Menschen, bei denen in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen der eigene Tod angestrebt wird. Suizidalität wird dabei als ein grundsätzliches Potenzial gesehen, das in jedem Menschen angelegt ist (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011). Vermehrt tritt dieses Verhalten jedoch in psychosozialen Krisen oder in Phasen schwerer psychischer Erkrankung auf (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011). Durch diese Definition beschreiben Wolfersdorf und Etzersdorfer, dass sich der Begriff Suizidalität, neben den Begriffen Suizid und Suizidversuch zusätzlich aus einem dritten Phänomen

zusammensetzt: den Suizidgedanken. Auf die drei Begrifflichkeiten Suizidgedanken, Suizidversuch und Suizid wird im folgenden Unterkapitel näher eingegangen.

2.1.1 Formen des Begriffs Suizidalität

Aus der vorangegangenen Definition von Suizidalität haben sich drei Begrifflichkeiten etabliert: Suizidgedanken, Suizidversuch und Suizid. Wolfersdorf definiert die Suizidgedanken als das mentale Beschäftigen mit dem eigenen Tod (Wolfersdorf, 2000). Das bedeutet, die betroffene Person besitzt den Wunsch, sich umzubringen und denkt zusätzlich darüber nach, wie sie dies am besten tun kann (Bronisch, 2007). Dabei können diese Gedanken auch ohne konkrete Suizidabsicht auftauchen. Suizidversuche hingegen werden dadurch definiert, dass konkrete Handlungen aktiv vom Individuum durchgeführt werden, welche zum eigenen Tod führen sollen (Wolfersdorf, 2000). Im Gegensatz zum Suizid überlebt die Person jedoch die Handlung der Selbsttötung (Wolfersdorf, 2000). Dieser Definition des Suizidversuchs folgend, ist ein Suizid ein tödlich endender Suizidversuch (Bronisch, 2007). Die vollzogenen Handlungen sind immer absichtlich ausgeführt, mit einer bewussten Intention zu sterben, andernfalls spricht man von einem sogenannten Para-Suizid, also einer Selbsttötung ohne konkrete Suizidabsicht (Wolfersdorf & Franke, 2006). So kann der Suizid hier beispielsweise eine Appellfunktion erfüllen, um durch die suizidalen Handlungen auf ein anderes Problem aufmerksam zu machen (Bronisch, 2007).

2.2 Epidemiologie

Um die Relevanz des Themas hervorzuheben, bezieht sich dieser Teil der Arbeit auf die Verbreitung des Phänomens Suizidalität. Zum einen wird auf die Häufung von Suiziden weltweit, innerhalb Deutschlands und in Versorgungseinrichtungen für psychisch kranke Personen eingegangen. Zum anderen auf die Probleme beim Erfassen von suizidalen Handlungen.

2.2.1 Häufung von Suiziden

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO), suizidierten sich im Jahr 2012 weltweit mehr als 800.000 Menschen, Suizidversuche sind dabei wesentlich häufiger (Saxena et al., 2014). Schätzungen zufolge geht man davon aus, dass auf eine Person, die einen Suizid vollzieht, 20 Personen folgen, die einen Suizidversuch begehen (Saxena et al., 2014). Die meisten Suizide weltweit wiesen, laut einer Erhebung der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) im Jahr 2019 (siehe Anhang E7), die Länder Südkorea und Litauen mit Raten von 24,6 beziehungsweise 24,4 Suiziden je 100.000 Einwohner auf (OECD, 2019). In Deutschland schwankt die Zahl der Suizide zwischen 12 und 20 auf 100.000 Einwohner pro Jahr (OECD, 2019).

Im Jahr 2018 haben sich laut einer Erhebung des Statistischen Bundesamtes deutschlandweit in etwa 9 396 Menschen das Leben genommen (Statistisches Bundesamt, 2020) (siehe Anhang E6). Bezüglich der Suizidraten existieren in nahezu allen Ländern Unterschiede in der Geschlechter- und Altersverteilung (siehe Anhang E7): Deutsche Männer etwa bringen sich beinahe dreimal so häufig um wie deutsche Frauen, zudem nimmt suizidales Verhalten mit voranschreitendem Alter zu (OECD, 2019).

Aufgrund der hohen Dunkelziffern gibt es keine offiziellen Daten zu Suizidversuchen in Deutschland. Es wird geschätzt, dass die Rate der Suizidversuche 10- bis 15-mal höher ist als die der Suizide (Berzewski & Pajonk, 2012).

2.2.2 Häufung von Patientensuiziden

Aufgrund des Themas dieser Arbeit ist es besonders wichtig, Patientensuizide näher zu betrachten. Als Patientensuizid wird die Selbsttötung einer Person bezeichnet, die sich zu dem Zeitpunkt des Vollziehens der suizidalen Handlung in stationärer, teilstationärer oder ambulanter Behandlung befindet (Wolfersdorf, 2000). Es wird davon ausgegangen, dass über 90% aller Suizide im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen auftreten (Wolfersdorf & Franke, 2006; Cavanagh, Carson, Sharpe & Lawrie, 2003). Deshalb sind vor allem Beschäftigte in der medizinisch-psychiatrischen Versorgung häufig mit Suiziden konfrontiert. Während

eines Klinikaufenthalts suizidieren sich jährlich circa 150 bis 200 Patient*innen je 100.000 Aufnahmen (Eink & Haltenhof, 2009; zitiert nach Illes et al., 2015). Zudem existieren Schätzungen, dass circa 82% aller Psychotherapeut*innen während ihrer beruflichen Laufbahn mindestens einen/eine Klient*in durch suizidale Handlungen verlieren (Cryan, Kelly & McCaffrey, 1995). Ein Review von Puttagunta, Lomax, McGuinness et al. (2014) zum Erleben von Patientensuiziden im klinischen Kontext ergab, dass von den befragten Medizinstudent*innen und psychiatrischen Assistenzärzt*innen 33 bis 69 Prozent in ihrem Arbeitsalltag bereits Patientensuizide erlebten. Unterschiede in den resultierenden Zahlen ergeben sich aus abweichenden Erhebungs- und Auswertungsmethoden. Die meisten Suizide ereignen sich aber immer noch außerhalb des Klinikaufenthaltes (Wolfersdorf, 2000).

2.2.3 Methodische Probleme beim Erfassen von Suiziden

Es existieren verschiedene Probleme beim Erfassen von Suiziden. Das grundlegendste besteht darin, dass es eine hohe Dunkelziffer gibt und sich eine repräsentative Erfassung dadurch schwierig gestaltet (Wolfersdorf, 2000). Nicht erfasste Suizide ergeben sich zum einen durch eine Tabuisierung und Vertuschung des Themas (Bronisch, 2007), zum anderen muss ein Suizid, damit er von der Kriminalpolizei als ein solcher erfasst wird, den Beweis einer Tötungsabsicht liefern (Wolfersdorf, 2000). Dabei ist die Abgrenzung zwischen einem natürlichen Tod und einem selbst herbeigeführten schwierig (Wolfersdorf, 2000). Ein weiteres Problem ist, dass man bei der Erhebung von Suiziden entweder auf subjektive Angaben oder objektive Befunde zurückgreift (Bronisch, 2007). Bei einer subjektiven Erhebung, wie die Befragung von betroffenen Personen, ist man dabei immer auf die Ehrlichkeit der einzelnen Personen angewiesen. Objektive Erhebungen erfolgen meistens durch Kliniken, indem diese Patient*innen aufnehmen, die einen Suizidversuch begangen haben (Bronisch, 2007). Hierbei kann der Anteil der Personen, die einen Suizidversuch begehen und sich anschließend nicht in psychiatrische Behandlung begeben, nicht erhoben werden (Bronisch, 2007).

Aufgrund der hohen Dunkelziffer kann man erahnen, dass es öfter zu Suiziden und Suizidversuchen kommt, als es in den offiziellen Zahlen dargestellt wird. Daraus

kann geschlussfolgert werden, dass das Erleben von Suizidalität, vor allem in psychologisch-psychiatrischen Versorgungseinrichtungen, fast unumgänglich ist.

2.3 Risikofaktoren für Suizidalität

Nachdem ich mich mit der Verbreitung des Phänomens Suizidalität auseinandergesetzt habe, wird das folgende Unterkapitel mögliche Risikofaktoren aufzeigen und erklären, wie es überhaupt dazu kommt, dass Menschen sich dazu entscheiden, ihr eigenes Leben zu beenden. Dies ist von Bedeutung, da zum Erleben von Suiziden im professionellen Kontext auch das Vorwissen im Bereich Suizidalität beiträgt. Ein protektiver Faktor für Mitarbeitende könnte sein, dass sie Risikofaktoren kennen und erste Anzeichen für Suizidalität deuten können (Illes et al., 2015). Durch das frühe Deuten dieser Anzeichen könnte möglicherweise ein Suizid verhindert werden.

Suizidalität entsteht durch die Kombination verschiedener spezifischer Faktoren, die auf ein Individuum einwirken. Nach dem Overlap-Modell von Blumenthal und Kupfer (siehe Abbildung 1) entsteht suizidales Verhalten durch das Überschneiden der verschiedenen Bereiche Biologie, psychosoziale Lebensereignisse und chronische körperliche Krankheit, Psychiatrische Erkrankung, Familiengeschichte und Genetik und Persönlichkeitszüge (Wolfersdorf, 2000).

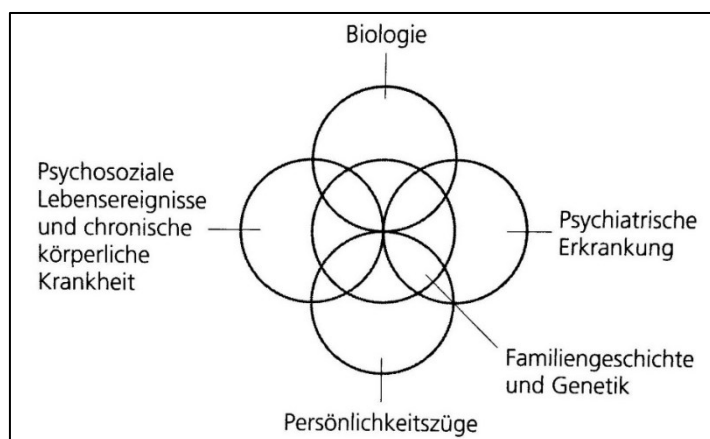


Abbildung 1. Overlap-model (five domains) für suizidales Verhalten nach Kupfer und Blumenthal (Wolfersdorf, 2000)

Unter den biologischen Risikofaktoren werden neurobiologische Ursachen und die Genetik zusammengefasst. Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass der Serotoninspiegel Einfluss auf suizidales Verhalten hat. Bei Suizidant*innen konnte eine erhöhte Konzentration von Serotoninrezeptoren festgestellt werden und eine geringe Konzentration des Serotonin-Metaboliten 5-HIES (Althaus & Hegerl, 2004). In diversen Zwillings- und Adoptionsstudien, die Brent und Mann (2005) präsentierten, hat sich gezeigt, dass suizidales Verhalten durchaus eine vererbte Komponente besitzt. Ein erhöhtes Suizidrisiko kann dann vorliegen, wenn in der Familie bereits Suizid begangen wurde, vor allem im Hinblick auf Verwandte ersten Grades (Brent & Mann, 2005). Es wird jedoch davon ausgegangen, dass die genetischen Komponenten, die Suizidalität bedingen, neben den Veränderungen im serotonergen System, vor allem mit vererbter verminderter Impulskontrolle einhergehen (Bronisch, 2007). Psychische Störungen und Stress können dabei zusätzlichen Einfluss haben sowie impulsive und autoaggressive Persönlichkeitszüge fördern, welche dann zu einem Suizid führen können (Bronisch, 2007).

Weitere Risikofaktoren können psychosoziale Bedingungen sein. Hier spielt der Verlust von sozialen Beziehungen eine Rolle. Individuen, die ausreichend in der Gesellschaft eingebunden sind, werden demnach nur mit geringer Wahrscheinlichkeit Suizide begehen (Wolf, 2003). Demzufolge kann auch der Familienstand ein Risikofaktor sein. Personen, die ledig, verwitwet oder geschieden sind weisen ein höheres Suizidrisiko auf (Bronisch, 2007). Vermehrte Suizidalität kann man ebenfalls in Krisenphasen beobachten, denen belastende Lebensereignisse vorausgegangen sind (Althaus & Hegerl, 2004). Das kann beispielsweise der Verlust des Arbeitsplatzes oder ein Partnerschaftskonflikt sein. Belastende Lebensereignisse allein reichen aber nicht aus, um suizidales Verhalten auszulösen. Suizidalität wird erst in einer Krise akut, die sich dadurch auszeichnet, dass die betroffene Person ein Problem als unlösbar ansieht und dadurch Hoffnungs- und Aussichtslosigkeit verspürt (Althaus & Hegerl, 2004). Zudem können traumatische Erfahrungen und physische sowie psychische Misshandlungen, infolge einer Überforderung der intrapsychischen Belastung, Risikofaktoren darstellen (Schnell, 2005).

Als die stärksten Vorhersagefaktoren für Suizidalität erweisen sich psychische Erkrankungen und die suizidale Vorgeschichte der Patient*innen (Illes et al., 2015). So wird angenommen, dass circa 90% aller Suizide im Zusammenhang mit

psychischen Erkrankungen begangen werden (Cavanagh et al., 2003). Ebenfalls geht man davon aus, dass auf einen früheren Suizidversuch zukünftiges suizidales Verhalten folgen wird, denn rund zehn Prozent aller Suizidversuche enden innerhalb von zehn Jahren in einem vollendeten Suizid (Marten, 1981). Neben den psychischen Erkrankungen spielen ebenso physische Erkrankungen eine Rolle, insbesondere Personen, die von schweren chronischen Erkrankungen betroffen sind, weisen ein erhöhtes Suizidrisiko auf (Stenager & Stenager, 2000). Demnach sind vor allem Personen mit Diagnosen betroffen, die als schwer heilbar oder unheilbar gelten (Stenager & Stenager, 2000). Chronische, schwer heilbare Erkrankungen stellen oft ein kritisches Lebensereignis dar und gehen meist mit weiteren Problemen einher, wie beispielsweise begleitende psychische Erkrankungen, Arbeitsplatzverlust, Angst und Schmerzen sowie eine Einschränkung von Sozialkontakten (Stenager & Stenager, 2000).

In Kombination mit den Risikofaktoren ist es für Mitarbeitende hilfreich auch erste Anzeichen eines Suizides zu erkennen, um so frühzeitig intervenieren und einen drohenden Suizid beziehungsweise Suizidversuch abwenden zu können (Illes et al. 2015).

2.3.1 Anzeichen für erhöhte Suizidalität

Hinweise für Suizidalität lassen sich auf verschiedenen Ebenen beobachten. So zeigt sich eine erhöhte Suizidalität auf der Ebene der Stimmung durch andauernde depressive Gefühle oder bei Personen mit häufig wechselnden extremen Stimmungen (Illes et al., 2015). Die Gedankenwelt zeichnet sich durch stark negativ geprägte Gedanken aus, die immer wiederkehren sowie häufige Selbstvorwürfe und eine fehlende Lebensperspektive (Illes et al., 2015). Weitere Anzeichen können im Verhalten beobachtet werden. So kann beispielsweise eine erhöhte Impulsivität und Aggressivität mit einhergehender Unruhe und Stresssymptomen oder die Gleichgültigkeit gegenüber der eigenen Gesundheit auf eine erhöhte Suizidalität hindeuten (Illes et al., 2015). Zudem tendieren Menschen in einer suizidalen Krise dazu, sich zu isolieren, so werden bestehende Beziehungen abgebrochen oder vernachlässigt (Illes et al., 2015). Auch die Kommunikationsfähigkeit ist eingeschränkt und Mimik und Gestik wirken ausdruckslos (Meurer, 2004). Ein

sicheres Anzeichen für bevorstehende Suizidalität sind geäußerte Suizidideen und -pläne (Sutarski & Felber, 1991). Dennoch ist es oft so, dass suizidale Handlungen unerwartet und plötzlich kommen. Wichtig ist deshalb, dass Drohungen, Voraussagen und Andeutungen unbedingt ernst genommen werden müssen.

2.4 Umgang mit Suizidalität im professionellen Helfersystem

Das Erleben eines Suizides oder eines Suizidversuches wirkt sich auf das psychische Wohlbefinden der Mitarbeitenden aus. Die Reaktionen auf suizidale Ereignisse und die daraus resultierenden Belastungen sind vielfältig, so können beispielsweise starke Stresssymptome oder Schuldgefühle auftreten (Illes et al., 2015). Eine Studie von Wurst et al., bei der 226 Therapeut*innen aus 93 Kliniken befragt wurden, zeigte ebenso, dass der Patientensuizid mit Stress, Trauer und Schuldgefühlen verbunden ist und in 39,6 Prozent der Fälle der/die Therapeut*in unter Suiziden der Klient*innen leidet (Wurst, Kunz, Skipper, Wolfersdorf, Beine, Vogel et al., 2013). Hinzu kommt, dass sich die Beschäftigten eine eigene Belastung schwer eingestehen können und Trauer um den/die Suizidant*in, im Gegenzug zur Trauer der Angehörigen, oft als unangemessen empfunden wird (Illes et al., 2015).

Im folgenden Unterkapitel wird näher auf die möglichen Reaktionen von Mitarbeitenden auf suizidale Ereignisse und deren bedingende Faktoren eingegangen.

2.4.1 typische Reaktionen auf Suizidereignisse

Trotz der Vielfältigkeit und Individualität der Reaktionen auf suizidale Ereignisse kommen Studien immer wieder zu ähnlichen Ergebnissen. Vorwiegend auftretende Gefühle nach einem Patientensuizid sind Schock und Fassungslosigkeit, Unglaube, Ärger, Schuld sowie Verletzlichkeit und Trauer (Goldstein & Buongiorno, 1984). Betroffenheit auf professioneller Ebene zeigt sich hauptsächlich in Selbstzweifeln, Schuld, Unzulänglichkeit, Zweifel an den eigenen Kompetenzen und ebenso in einer veränderten Interaktion mit suizidalen Patient*innen (Alexander, Klein, Gray, Dewar & Eagles, 2000; Goldstein & Buongiorno, 1984). Darüber hinaus können Gedanken an eine berufliche Veränderung oder frühzeitige Berentung

auftreten (Alexander et al., 2000; Goldstein & Buongiorno, 1984). Die dargestellten Reaktionen können, je nach Grad der Betroffenheit, mehrere Wochen oder Monate andauern (Alexander et al., 2000). Als mögliche Risikofaktoren für diese starke Belastung wurden das Geschlecht, so waren weibliche Therapeutinnen stärker belastet als männliche, und die Berufserfahrung identifiziert (Grad, Zavasnik & Groleger, 1997; Hendin, Haas, Maltzberger, Szanto & Rabinowicz, 2004). Je länger ein/eine Therapeut*in praktizierte, desto weniger war er/sie belastet (Grad et al., 1997; Hendin et al., 2004).

Im Zusammenhang mit erlebter Suizidalität im beruflichen Kontext, sind vor allem Belastungs- und Trauerreaktionen von Bedeutung (Illes et al., 2015). Das Auseinandersetzen mit diesen Reaktionen und deren auslösenden Faktoren trägt zur Unterstützung von Betroffenen bei. So kann mit dem Wissen um diese Reaktionen und bedingenden Faktoren, die Verarbeitung erleichtert werden, denn Kolleg*innen können betroffene Mitarbeitende in entlastenden Gesprächen optimaler unterstützen (Illes et al., 2015). Im folgenden Abschnitt wird näher auf die Belastungs- und Trauerreaktionen eingegangen und zusätzlich Schuld- und Schamgefühle, die die Trauerreaktion begleiten.

2.4.1.1 Belastungsreaktionen

In der Regel lösen belastende Ereignisse, wie der Suizid eines/einer Patient*in, eine Stressreaktion bei den Mitarbeitenden aus (Illes et al., 2015). Ob und wie eine Person durch das erlebte Ereignis belastet ist, kann von verschiedenen Faktoren abhängen. Lasogga und Karutz publizierten 2011 ein Modell der Belastungsfaktoren, das ursprünglich für das Rettungs- und Einsatzwesen gedacht war, aber auch auf das Erleben von Suizidalität übertragen werden kann. Sie unterscheiden zwischen physiologischen und psychologischen Belastungsfaktoren. Die physiologischen Belastungsbedingungen beschreiben die Situationsmerkmale, die vom Betroffenen wahrgenommen werden. Das können unter anderem die eigenen sensorischen Empfindungen in der Situation oder die äußeren Umstände des Suizides, wie beispielsweise Sehen des Unfallopfers oder Gerüche sein (Lasogga & Karutz, 2011). Eine Studie mit Teilnehmenden einer Selbsthilfegruppe für Suizidhinterbliebene zeigte, dass das Auffinden der Leiche nach einem Suizid der stärkste Prädiktor für

eine ausgeprägte Belastungsreaktion ist (Callahan, 2000). Neben den physiologischen Faktoren sind Mitarbeitende auch psychologischen Faktoren ausgesetzt. Die psychologischen Faktoren beschreiben, wie die Betroffenen die Situation einschätzen. Demnach schätzen einige Helfende eine Situation als belastend ein, während dieselbe Situation für andere nicht belastend ist (Lasogga & Karutz, 2011). Die psychologischen Faktoren können einerseits individualpsychologisch sein, also aus der eigenen Person heraus resultieren, wie zum Beispiel die eigene Überforderung oder Unterforderung oder auch die Vorbelastungen und Vorerfahrungen der Person (Lasogga & Karutz, 2011). Andererseits können die psychologischen Faktoren sozialpsychologischer Natur sein. Belastend kann hier der Kontakt mit den Angehörigen des Opfers sein. Hierbei sind vor allem die beobachteten Emotionen und Reaktionen der Angehörigen auf den Suizid emotional belastend (Lasogga & Karutz, 2011). Als schwierig kann sich auch die Zusammenarbeit mit anderen Helfer*innen oder anderen Institutionen herausstellen, die unterschiedliche Aufgaben besitzen und verschiedene Organisationsstrukturen aufweisen (Lasogga & Karutz, 2011). Wie das Erlebte verarbeitet wird, hängt aber nicht nur von den Belastungsfaktoren, sondern auch von den Moderatorvariablen ab (Lasogga & Karutz, 2011). Je nach Einschätzung dieser Variablen können sie die Belastung verstärken, verringern oder neutral wirken. Unterschieden wird zwischen biologischen, soziografischen und den psychologischen Moderatorvariablen (Lasogga & Karutz, 2011). Bei den biologischen Moderatorvariablen sind das Alter und das Geschlecht des/der Betroffenen hervorzuheben. Das Alter kann insofern eine Rolle spielen, dass jüngere Mitarbeitende belastbarer sind als ältere, jedoch ältere dies mit ihrer Berufserfahrung kompensieren können (Lasogga & Karutz, 2011). Der Einfluss des Geschlechtes ist umstritten, so wird professionelle Hilfe eher von Frauen als von Männern in Anspruch genommen (Lasogga & Karutz, 2011). Studien berichten aber auch, dass Frauen ein größeres Risiko für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung aufweisen (Brewin, Andrews & Valentine, 2000). Das mag aber auch daran liegen, dass Frauen eher bereit sind, darüber zu berichten (Lasogga & Karutz, 2011). Die soziografischen Variablen beinhalten zum einen die Berufserfahrung, wobei davon ausgegangen wird, dass erfahrenere Mitarbeitende besser mit belastenden Situationen umgehen können, und die Quantität sowie die Qualität der sozialen

Unterstützung. Diesbezüglich bewältigen Menschen mit einem unterstützenden sozialen Netzwerk Stress und belastende Situationen schneller (Lasogga & Karutz, 2011). Die psychologischen Moderatorvariablen thematisieren zudem die persönlichen Bewältigungs- und Copingstrategien eines/einer Betroffenen, die Selbstwirksamkeitsüberzeugung, die, je höher sie ausgeprägt ist, zu einer guten Bewältigung beitragen kann, die Persönlichkeitsmerkmale und die Arbeitszufriedenheit, denn die Arbeit motiviert und mit einer professionellen Einstellung auszuüben, kann ein protektiver Faktor sein (Lasogga & Karutz, 2011). Entscheidend dafür, wie sich die Belastung auswirkt, sind die organisatorischen Moderatorvariablen. Stark negativ ausgeprägte organisatorische Moderatorvariablen können zu einer starken Belastung führen. Dazu zählen die Aus- und Weiterbildung, Vorgesetzte und Kolleg*innen, sowie die Organisationskultur (Lasogga & Karutz, 2011).

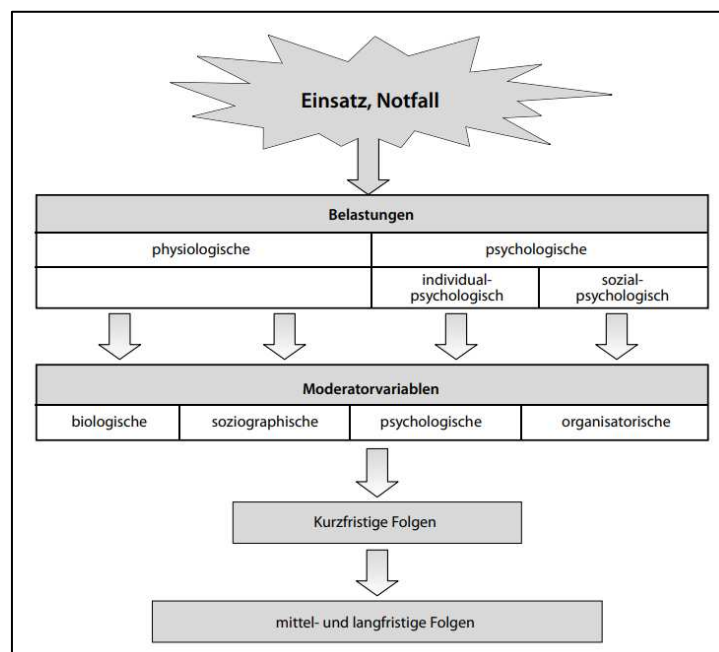


Abbildung 2. Mögliche Belastungsfaktoren und Folgen (Lasogga & Karutz, 2011)

Die Folge einer erlebten Belastung ist eine ausgelöste Stressreaktion. Diese beeinflusst unterschiedliche Ebenen unseres Körpers: die Ebene der biologischen Prozesse, Kognitionen, Emotionen und Verhalten (Kaluza, 2004). Dabei unterscheidet man zwischen kurzfristigen Auswirkungen, die nach dem ersten Schock eintreten und wenn der Stress gut bewältigt werden kann und langfristigen Stressreaktionen, bei denen der Stressor ausgeprägt und langfristig existiert und eine

Erholung von dem Stress schwer möglich ist (Illes et al., 2015). Längerfristige Belastungen des Organismus sind dabei unbedingt zu vermeiden, denn sie können zu dauerhaften körperlichen Schädigungen führen. Betroffene eines Patientensuizides können bei längerfristiger Belastung selbst eine psychische Erkrankung entwickeln, sich sozial isolieren und letztendlich den Beruf aufgeben (Becker et al., 2017). Auf der Ebene der biologischen Prozesse ist vor allem das autonome Nervensystem von Stress betroffen, welches für die Steuerung der inneren Organe zuständig ist (Kaluza, 2004). In einer belastenden Reaktion wird es aktiviert und der Körper so in eine Kampf- und Fluchtbereitschaft versetzt (Kaluza, 2004). Einen Überblick über mögliche langfristige sowie auch kurzfristige Auswirkungen geben Illes et al. (2015) in der folgenden Abbildung.

Ebene	Kurzfristige Auswirkungen	Langfristige Auswirkungen
Körper	<ul style="list-style-type: none"> • erhöhter Puls, Blutdruck • Schweißausbrüche • Schwindelgefühle • Durchfall oder Verstopfung • Einschlaf- oder Durchschlafstörungen • Herzrasen • Nervosität • erhöhte Anspannung • etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • geschwächtes Immunsystem • psychosomatische Erkrankungen • Bluthochdruck • Depressionen • Angststörungen • häufige Kopf- oder Magenschmerzen • muskuläre Verspannungen • Schlafstörungen • etc.
Kognition	<ul style="list-style-type: none"> • „Das schaffe ich nicht“ • „Gefahr“ • Konzentrationsschwierigkeiten • nicht abschalten können • etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • verminderte Konzentrationsfähigkeit • Gedächtnisschwierigkeiten • Entscheidungsschwierigkeiten • etc.
Emotion	<ul style="list-style-type: none"> • Angst • Ärger • Hilflosigkeit • etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niedergeschlagenheit • Hoffnungslosigkeit • Reizbarkeit • etc.
Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Hektik • unkoordiniertes Verhalten • Flucht aus Situation • etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • vermehrter Nikotin- oder Alkoholkonsum • sozialer Rückzug • vermehrte Fehler • Verlust von Interesse • Zynismus

Abbildung 3. Typische Stresssymptome auf den vier Ebenen (Illes et al., 2015)

Professionelle Unterstützung ist notwendig, wenn die Reaktionen länger als zwei Wochen andauern, hoher Leidensdruck besteht und das berufliche sowie soziale Leben beeinträchtigt wird (Illes et al., 2015).

2.4.1.2 Trauerreaktionen

Mitarbeitende können nach dem Erleben eines Suizides auf verschiedene Art mit Trauer konfrontiert werden. Zum einen kann Trauer selbst erlebt, aber auch bei Kolleg*innen beobachtet werden (Illes et al., 2015). Zum anderen sind Mitarbeitende im beruflichen Kontext mit der Trauer der Angehörigen des/der Verstorbenen konfrontiert und eventuell zusätzlich mit der der Mitpatient*innen (Illes et al., 2015). Trauer bei einem erlebten Suizid unterscheidet sich von jener bei einem normalen Tod (Brockmann et al., 2005). Es wird davon ausgegangen, dass die Trauer an sich nicht viel tiefer ist, sondern nur die gegebenen Umstände die Trauerverarbeitung negativ beeinflussen (Brockmann et al., 2005). So tritt ein Suizid meist plötzlich und unerwartet auf, ist oft gewaltsam und ein Ereignis, das vermeidbar ist. Dies ruft oft jahrelange Schuldgefühle bei Beteiligten hervor (Brockmann et al., 2005). Zudem werden Trauerrituale, die entscheidend zur Bewältigung beitragen, oft behindert, auch aus Scham Gefühle über den Suizid zuzulassen (Brockmann et al., 2005). Trauerrituale können auf verschiedene Weise erschwert werden, so kann das Erlebte aufgewühlt werden, indem die Polizei ermittelt oder durch Gespräche mit den Angehörigen des/der Verstorbenen. Die Ermittlungen der Polizei können bei Mitarbeitenden zusätzlich Sorgen über juristische Belange auslösen, da geklärt werden muss, ob der Tod nicht durch Behandlungsfehler oder Organisationsverschulden verursacht wurde (Becker et al., 2017). Wie die Trauer erlebt wird, ist von verschiedenen Einflussfaktoren abhängig. Grundsätzlich geht man davon aus, dass die Trauerreaktion ausgeprägter ist, je intensiver und langfristiger das Verhältnis zum/zur Suizidant*in war (Becker et al., 2017; Schmidtke & Schaller, 2012). Suizidale Erlebnisse haben zudem auch Einfluss auf das Arbeitsleben. So kann es dazu kommen, dass sich Mitarbeitende nach einem Patientensuizid Sorgen um rechtliche Konsequenzen oder Konflikte am Arbeitsplatz machen (Illes et al., 2015). Wie ausgeprägt die Auswirkungen des Suizides auf den Arbeitsalltag sind, ist stark von den Reaktionen des Umfeldes abhängig: Bekommen Betroffene Unterstützung von Kolleg*innen, reagieren diese angemessen auf negative Gefühle und wird Mitarbeitenden genügend Zeit zur Aufarbeitung gegeben oder werden sie schnell gezwungen zur Normalität zurückzukehren (Illes et al., 2015). Weitere Einflussfaktoren auf die Trauerreaktion sind der Anblick der Leiche, sowie die unmittelbare Anwesenheit während des Suizides (Callahan, 2000; Illes et al., 2015).

2.4.1.3 Schuld- und Schamgefühle

Als begleitende Gefühle der Trauerreaktion sind vor allem Schuld- und Schamgefühle und damit verbunden, auch Gefühle der Angst zu nennen. Schuldgefühle sind meist gegen die eigene Person und Fähigkeiten gerichtet (Karnholz, 2020). Hauptsächlich kommen Gedanken auf, Suizidabsichten nicht frühzeitig erkannt zu haben und nicht ausreichend getan zu haben, um den Suizid zu verhindern (Karnholz, 2020). Langfristig empfundene Schuldgefühle können zusätzlich zu Selbstwertproblematiken und Versagensängsten führen (Illes et al., 2015). Aus mangelndem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und aus Angst vor einem erneuten Suizid, werden möglicherweise ängstlichere Entscheidungen getroffen, gleichzeitig kann es auch zu Entscheidungsschwierigkeiten kommen (Becker et al., 2017). Des Weiteren können spezifische gesellschaftliche oder moralische Ansprüche, wie beispielsweise den Tod zu tabuisieren, dazu führen, dass sich ein Schamgefühl entwickelt über den Suizid zu berichten (Illes et al., 2015).

2.5 Unterstützungsangebote für Suizidhinterbliebene

Hinterbliebene nach einem Suizid haben ein erhöhtes Risiko selbst körperlich oder psychisch zu erkranken, was zu Arbeitsunfähigkeit oder frühzeitiger Berentung führen kann (Clark et al., 1993; Clark, 2001; zitiert nach Brockmann et al., 2005). Deshalb ist es äußerst wichtig, den Betroffenen Unterstützung bei der Bewältigung eines Suizides anzubieten, um eine langfristige Belastung und deren Auswirkungen zu vermeiden. Im Sinne des Umgangs mit Suiziden und angebotenen Unterstützungen spricht man in Fachkreisen auch von Postventionen. Als Postventionen werden „die Summe aller nach einem Suizidversuch oder Suizid für die von der suizidalen Handlung Betroffenen in die Wege geleiteten Maßnahmen [...]“ bezeichnet (Plener, 2015, S. 117). Da ein Suizid oder ein Suizidversuch immer individuell erlebt und verarbeitet wird, sollten auch vielschichtige individuelle Unterstützungsangebote bereitgestellt werden. Die Realität in Deutschland sieht leider anders aus. Es existieren nur wenige Hilfsangebote für belastete Suizidhinterbliebene, die darüber hinaus auch noch weitgehend unspezifisch sind (Brockmann et al., 2005).

2.5.1 Allgemeine Unterstützungsangebote für Suizidhinterbliebene

Neben Krisenintervention, die in der Organisation durchgeführt werden kann, gibt es weitere Anbieter, die Unterstützung gewährleisten: Als Betroffene/r kann man zum einen ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen (Brockmann et al., 2005). Hausärzt*innen können durch ein Gespräch in der Akutsituation trösten und vermitteln, dass die empfundenen Gefühle normal sind. Außerdem kann er/sie über weitere Hilfsangebote informieren sowie über die Besonderheiten der Trauer im Suizidfall (Brockmann et al., 2005). Eine weitere Unterstützungsmöglichkeit sind die psychotherapeutischen Hilfen in Form von Einzel-, Gruppen- oder Familientherapie (Brockmann et al., 2005). Rückhalt und Unterstützung können Betroffene ebenfalls durch Selbsthilfegruppen erfahren (Brockmann et al., 2005). Innerhalb dieser Gruppen kommen Betroffene in Kontakt mit Menschen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben. Sie bieten ebenso die Möglichkeit Kompetenzen im Umgang mit dem Ereignis und den eigenen Gefühlen zu erwerben und sich auf die neue Lebenssituation einzustellen (Brockmann et al., 2005). Aber nicht nur der Kontakt mit Personen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben, ist hilfreich. Der Austausch und das Sprechen über das belastende Ereignis, vor allem innerhalb des eigenen privaten Umfelds, ist einer der stärksten protektiven Faktoren (Callahan, 2000).

2.5.2 Krisenintervention in der Organisation

Neben diesen sehr allgemeinen Unterstützungsangeboten existieren in einzelnen Organisationen Kriseninterventionsprogramme. Das Ziel der Krisenintervention ist, durch das Stärken und Erweitern der inneren und äußeren Ressourcen der Mitarbeitenden einen Zustand der Gelassenheit zu erreichen, damit die Helfenden nicht selbst in eine Krise geraten (Rupp, 2004). Die bekanntesten Unterstützungsmöglichkeiten sind die Teambesprechungen sowie die Suizidnachbesprechungen und Supervisionen. Das Vorhandensein dieser Postventionsmöglichkeiten ist jedoch nicht selbstverständlich. In einem Review von Bernert, Hom & Roberts (2014) wurden 22 klinische Leitlinien untersucht. Dabei wurden Postventionen nur in 9 von 22 untersuchten Praxisleitlinien thematisiert.

2.5.2.1 empirische Ergebnisse zu hilfreichen Interventionen

In einer Studie von Alexander et al. (2000) mit 247 teilnehmenden Fachärzt*innen für Psychiatrie wurde unter anderem untersucht, welche Postventionsmaßnahmen von den Ärzt*innen wahrgenommen wurden und welche als besonders hilfreich erschienen. Teambesprechungen wurden am häufigsten praktiziert und von der Mehrheit als hilfreich angesehen, ebenso wie die von der Hälfte der Befragten genannten Suizidnachbesprechungen (Critical incident reviews). Diese Unterstützungsmethoden trugen zu einem verbesserten Umgang mit dem Suizid und dessen Auswirkungen bei. 24 befragte Personen gaben an, die Beerdigung des/der Verstorbenen besucht zu haben. Diese Möglichkeit Abschied zu nehmen wurde ebenfalls als hilfreich eingeschätzt. Der Anteil der Ärzt*innen, die nicht an der Beerdigung teilnahmen, begründeten ihre Entscheidung aus Angst vor den Reaktionen der Angehörigen.

Tabelle 1. Hilfreiche Interventionen nach dem Patientensuizid (Alexander et al., 2000)

	Very helpful	Helpful	Neutral	Unhelpful	Very unhelpful	Total	No (%) not applicable
Fatal accident inquiry	0	6 (19)	10 (32)	8 (26)	7 (23)	31	130 (81)
Disciplinary proceedings	1 (9)	0	5 (46)	3 (27)	2 (18)	11	152 (93)
Legal proceedings	0	2 (12)	1 (6)	3 (18)	11 (65)	17	146 (90)
Critical incident review	14 (17)	42 (51)	18 (22)	8 (10)	1 (1)	83	81 (50)
Team meeting	39 (32)	65 (54)	15 (12)	1 (1)	1 (1)	121	43 (26)
Funeral	6 (25)	9 (38)	6 (25)	3 (12)	0	24	136 (85)
Other	10 (27)	17 (46)	2 (5)	4 (11)	4 (11)	37	119 (77)

Supervisionen und Fallbesprechungen wurden auch in anderen Studien als hilfreich erlebt. Einige Betroffene berichteten jedoch auch von negativen Effekten, vor allem, wenn die besagten Unterstützungsmaßnahmen unmittelbar nach dem belastenden Ereignis durchgeführt wurden (Goldstein & Buongiorno, 1984). Dies lässt vermuten, dass Suizidhinterbliebene zunächst Zeit brauchen, um innerhalb eines stützenden Rahmens, bestehend aus Familie, Freund*innen und Kolleg*innen, das Erlebte und die damit verbundenen Emotionen zu verarbeiten (Goldstein & Buongiorno, 1984). Hilfe suchten sich Betroffene vor allem bei Kolleg*innen und Psychiater*innen (Alexander et al., 2000). Das eigene nahe Umfeld war die meist genutzte und effektivste Hilfsquelle (Alexander et al., 2000).

Tabelle 2. Hilfreiche Kontakte nach dem Patientensuizid (Alexander et al., 2000)

	Very helpful	Helpful	Neutral	Unhelpful	Very unhelpful	Total	No (%) not applicable
Clergy or spiritual leader	3 (21)	6 (43)	4 (29)	0	1 (7)	14	151 (92)
Own family or partner	47 (39)	55 (46)	17 (14)	1 (1)	0	120	44 (27)
Own friend(s)	24 (34)	33 (47)	13 (19)	0	0	70	92 (57)
Patient's family	18 (14)	45 (36)	34 (27)	13 (10)	15 (12)	125	41 (25)
Patient's friend(s)	4 (11)	9 (26)	13 (37)	5 (14)	4 (11)	35	129 (79)
Other patients	3 (6)	12 (25)	26 (53)	8 (16)	0	49	115 (70)
Own general practitioner	0	0	7 (88)	1 (12)	0	8	157 (95)
Other team colleagues	65 (45)	69 (48)	7 (5)	1 (1)	2 (1)	144	22 (13)
Other psychiatrists	58 (41)	61 (44)	15 (11)	4 (3)	2 (1)	140	26 (16)
Other mental health professionals	26 (30)	39 (45)	19 (22)	3 (3)	0	87	78 (47)
Medical defence organisations	8 (32)	11 (44)	5 (20)	1 (4)	0	25	140 (85)

Auch in anderen Studien hatten Kolleg*innen und das Aufsuchen von professionellen Helfer*innen zur Verarbeitung des Geschehens einen besonders hohen Stellenwert. Fast alle der befragten Psycholog*innen und Psychiater*innen kontaktierten ihre Kolleg*innen nach dem Suizid eines/einer Patient*in (Grad et al., 1997).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Mitarbeitende vorrangig Unterstützung aus den Entlastungsgesprächen mit den Kolleg*innen, den Teambesprechungen und den Suizidnachbesprechungen bezogen. Im folgenden Teil werden die Unterstützungsmaßnahmen, die als besonders hilfreich betrachtet wurden, beschrieben.

2.5.2.2 Entlastungsgespräche unter Mitarbeitenden

Das Entlastungsgespräch ist ein wesentlicher Teil der Stabilisierung nach einem erlebten belastenden Ereignis (Hausmann, 2020). Ziel ist es, die berufliche Routine wieder aufzunehmen und das Ereignis bewältigen zu können (Hausmann, 2020). Wenn möglich, sollte das Gespräch noch in der Dienstzeit stattfinden (Hausmann, 2020). Als Erstes sollten die Fakten bezüglich des Suizides geklärt werden. Das bedeutet, man erfragt das Erleben des Ereignisses. Anschließend wird erfragt, wie es dem/der Betroffenen mit der erlebten Situation geht (Hausmann, 2020). Vor Abschluss des Gespräches thematisiert man das weitere Vorgehen im Dienst und zusätzlich weitere Vorhaben in der Freizeit des/der Betroffenen (Hausmann, 2020).

2.5.2.3 Teambesprechungen

Teambesprechungen dienen dazu, schnell alle Mitarbeitenden zu informieren und das weitere Vorgehen zu besprechen (Illes et al., 2015). Sie erfüllen aber ebenfalls die Funktion der Klärung, ob ein weiterer Hilfebedarf existiert und gegebenenfalls durch externe Anbieter gedeckt werden muss (Illes et al., 2015). Möglichst alle beteiligte Mitarbeitende sollten an der Teambesprechung teilnehmen (Illes et al., 2015). Eine Teambesprechung sollte immer auf sachlicher Ebene ablaufen und einen informativen Charakter besitzen (Illes et al., 2015). Die emotionale Belastung Einzelner sollte dahingegen eher in persönlichen Gesprächen geklärt werden (Illes et al., 2015).

2.5.2.4 Suizidnachbesprechungen

Die Suizidnachbesprechung stellt eine spezifische Form der Auseinandersetzung mit einem Suizid im Team dar (Illes et al., 2015). Der Suizid eines/einer Klient*in wird zum einen auf sachlicher, aber auch auf emotionaler Ebene reflektiert (Illes et al., 2015). Im Vordergrund steht das genaue Beleuchten des Suizides und dessen Rekonstruktion, um zu verstehen, wie es zu diesem gekommen ist, welche Maßnahmen zur Verhinderung getroffen wurden und welche Maßnahmen zukünftig eingeleitet werden können, um Suiziden präventiv entgegenzuwirken (Illes et al., 2015). Die Ziele der Suizidnachbesprechung sind, betroffene Mitarbeitende bei der Bewältigung des belastenden Ereignisses zu unterstützen, Handlungskompetenzen und Ressourcen im zukünftigen Umgang mit Suizidalität zu schulen und Prozesse und Arbeitsabläufe zu optimieren (Illes et al., 2015).

2.5.2.5 Supervision und Intervision

In der Supervision sowie der Intervision werden Anliegen oder Fragen der Mitarbeitenden diskutiert und reflektiert und Lösungen für Probleme gefunden. Folglich bietet sie Raum für die Besprechung fall- oder teamspezifischer Angelegenheiten (Illes et al., 2015). Die Leitung der Supervision übernimmt entweder ein interner oder externer Supervisor. Die Intervision hingegen ist eine Beratungsform auf kollegialer Ebene, bei der sich Kolleg*innen zu fallspezifischen Aspekten austauschen (Illes et al., 2015).

3. Fragestellung und Ziel der Arbeit

Die Konfrontation mit Suizidalität im Berufsalltag ist etwas Belastendes und kann sich, wenn dies nicht thematisiert und aufgearbeitet wird, negativ auf die psychische und physische Gesundheit der Mitarbeitenden auswirken (siehe Kap. 2.4.1). In der Literatur sind viele Präventionsmaßnahmen zu finden, kaum einer bezieht sich jedoch auf das Nachbereiten eines Suizids, ist dies der Fall, dann bezieht man sich meist nur auf das engere Umfeld und thematisiert Postventionen und Verarbeitung eines Suizids oder Suizidversuches häufiger im Angehörigenkreis. Nach Brockmann et al. (2005) existieren zudem nur wenige spezifische Unterstützungsangebote für diejenigen, die im professionellen Kontext einen Suizid miterlebt haben. Ebenfalls sind die in der Literatur zu findenden Unterstützungsmöglichkeiten und genannten Belastungsfaktoren im professionellen Kontext meist auf psychiatrische Kliniken, Fachärzt*innen oder die Notfallmedizin ausgelegt, dabei sind im professionellen Kontext ebenfalls Mitarbeitende aus nicht-klinischen Bereichen von Suizidalität betroffen. Um konkrete, flexiblere Angebote zu entwickeln und Mitarbeitende auch präventiv unterstützen zu können, ist es wichtig zu verstehen, wie suizidale Ereignisse im professionellen Helfersystem erlebt und verarbeitet werden und zudem, welche Unterstützungsangebote bereits wahrgenommen und als hilfreich betrachtet werden. Dabei kann das Wissen und Erkennen von belastenden und protektiven Faktoren im Hinblick auf suizidale Ereignisse am Arbeitsplatz zur physischen und psychischen Gesundheit der Mitarbeitenden beitragen.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, zu untersuchen, wie Mitarbeitende, die in der psychosozialen Beratung, Therapie oder in einem anderen ähnlichen Berufsfeld Suizidalität erleben, das Erlebte verarbeiten und bewältigen. Zudem soll beleuchtet werden, welche Unterstützungsangebote existieren und von den Mitarbeitenden wahrgenommen und als sinnvoll erachtet werden. Aus diesem Forschungsinteresse ergab sich die folgende leitende Forschungsfrage: *„Wie gehen Mitarbeitende, die in psychiatrischen oder psychosozialen Versorgungsstrukturen arbeiten, mit der Suizidalität ihrer Klient*innen um?“*. Da der Umgang mit Suizidalität das Erleben und die Bewältigung von suizidalen Ereignissen umfasst, bestehen zusätzlich zu der Forschungsfrage zwei Unterfragen:

1. Unterfrage: *Wie erleben Mitarbeitende, die in der psychiatrischen oder psychosozialen Versorgung arbeiten, die Suizidalität von Klient*innen in ihrem Arbeitsalltag und inwiefern sind sie dadurch belastet?*

2. Unterfrage: *Wie wird die daraus resultierende Belastung im professionellen Kontext bewältigt und welche individuellen Bewältigungsmethoden werden wahrgenommen?*

Suizidalität bezieht sich dabei auf bereits geschehene Suizide und Suizidversuche, die von Klient*innen unternommen wurden. Relevant sind zudem auch Suizidankündigungen und Suizidgedanken, die gegenüber den Mitarbeitenden geäußert wurden. Das Erleben soll vor allem aufzeigen, wie Mitarbeitende durch ein suizidales Ereignis belastet sind, wodurch diese Belastung ausgelöst wurde und welche Konsequenzen das Erlebte hervorrief.

4. Methodik

Die Erhebung der Daten sowie deren Auswertung erfolgte in dieser Arbeit auf qualitativer Basis. Um die Nachvollziehbarkeit der Forschung zu gewährleisten, wird in den folgenden Kapiteln das methodische Vorgehen dieser Arbeit näher erläutert. Dafür wird zunächst begründet, weshalb ein qualitatives Vorgehen gewählt wurde. Daraufgehend wird die Fallauswahl beschrieben und anschließend ein Überblick über das Erhebungs- und Auswertungsinstrument gegeben.

4.1 Begründung der Forschungsmethode

Ganz bewusst wurde eine qualitative Forschungsmethode gewählt, da diese Arbeit das subjektive Erleben von Suizidalität im professionellen Kontext thematisiert. Im Unterschied zur quantitativen Forschung ist die qualitative in ihrem Vorgehen nicht so stark standardisiert und damit in ihrer Vorgehensweise offener, weshalb diese Methode oft ein konkreteres, tieferes Verständnis des Forschungsgegenstandes erlaubt (Flick, 2000). Qualitative Verfahren eignen sich unter anderem durch die Möglichkeit offene Fragen zu stellen und einen Dialog zu gestalten, am besten dafür, das subjektive Erleben einer Person zu erfassen (Flick, 2014). Die bisherigen Forschungen im Kontext der professionellen Suizidhinterbliebenen sind wenig

vorhanden, deshalb entschied ich mich im Rahmen meiner Arbeit dazu, induktiv vorzugehen, also anhand der Forschungsergebnisse Theorien und Hypothesen aufzustellen. Auch hier bietet sich ein qualitatives Vorgehen an, dessen Ziel es ist, Sachverhalte in ihrer Komplexität zu erfassen und somit weniger Bekanntes zu überprüfen, sondern neue Theorien aus der untersuchten Situation heraus zu konstruieren (Flick, 2014).

4.2 Sampling

Zur Rekrutierung der Proband*innen wurde ein gezieltes Sampling durchgeführt, denn unter der Verwendung qualitativer Verfahren, wählt der/die Forschende Untersuchungsteilnehmende nach ihrer Relevanz für das Forschungsthema gezielt aus (Flick, 2014). Da sich mein Forschungsinteresse auf das Erleben und Bewältigen von Suizidalität bei Mitarbeitenden in psychiatrisch-psychozialen Berufsfeldern bezog und ich davon ausging, dass Mitarbeitende in diesen Arbeitsbereichen häufiger mit Suizidalität konfrontiert werden, wurden folgende Einschlusskriterien festgelegt: Die Teilnehmenden sollten in ihrer beruflichen Laufbahn mindestens ein suizidales Ereignis erlebt haben, dabei war es nicht relevant, ob es sich um einen abgeschlossenen Suizid oder einen Suizidversuch handelte. Des Weiteren wurde vorausgesetzt, dass die Teilnehmenden in einem psychiatrisch-psychozialen Berufsfeld arbeiten.

Um Zugang zum Feld zu erhalten, wurden Informationen bezüglich der Untersuchung in den sozialen Medien und innerhalb verschiedener Gruppen und Matrikel des Studiengangs Kommunikationspsychologie verbreitet. Das Ziel war eine möglichst heterogene Fallauswahl aus dem Helfersystem zu erhalten, um Variationsbreite zu gewährleisten und Unterschiede im Feld erschließen zu können (Flick, 2014). Die Stichprobe sollte infolgedessen unterschiedliche subjektive Erfahrungen abbilden können, deshalb wurden Mitarbeitende aus verschiedenen psychiatrisch-psychozialen Berufsfeldern befragt, die sich zusätzlich in ihrer Berufserfahrung unterschieden, da davon ausgegangen wird, dass Mitarbeitende mit umfangreicher Berufserfahrung weniger belastet sind (Grad et al., 1997; Hendin et al., 2004).

4.3 Methode der Datenerhebung

Der Erhebungszeitraum erstreckte sich vom 01. März 2021 bis zum 31. März 2021. In dieser Zeit fanden neun Expert*inneninterviews online über die Videoplattform Zoom statt, über welche die Gespräche zudem aufgezeichnet wurden. Die Interviews lagen im Zeitrahmen von 25 bis 47 Minuten.

Zur Erhebung der Daten verwendete ich die Methode des Problemzentrierten Interviews nach Witzel, da dieses sich zum einen an einem Leitfaden orientiert und zum anderen, ähnlich wie narrative Interviews, den Mitarbeitenden Raum zum Erzählen gibt. Im Gegensatz zum rein narrativen Interview kann sich die interviewte Person auf bestimmte Sachverhalte konzentrieren, die für die Forschungsfrage relevant sind. Der narrative Erzählteil hingegen ermöglicht es, durch das Einbringen eines konkreten selbst gewählten Beispiels, eine Situation zu erinnern und erlaubt so möglicherweise einen besseren Zugang zu den jeweiligen Gefühlen und Gedanken in der Situation (Schmidt-Grunert, 1999). Dem eigentlichen Interview ist ein Kurzfragebogen vorgeschaltet, der jene soziodemografischen Daten erfasst, die für den Interviewverlauf und die anschließende Auswertung relevant sein können (Schmidt-Grunert, 1999). Da die gesamten Interviews online über die Plattform Zoom stattfanden, wurden die soziodemografischen Daten innerhalb des Interviews abgefragt. Konkret bezieht sich die Abfrage auf die Berufsausbildung und den momentanen Beruf, um sicherzugehen, eine möglichst heterogene Stichprobe zu erhalten und auf die Berufserfahrung. Die Berufserfahrung wird abgefragt, um mögliche Zusammenhänge zur erlebten Belastung zu erkennen, da davon ausgegangen wird, dass Mitarbeitende mit umfangreicher Berufserfahrung weniger belastet sind (Grad et al., 1997; Hendin et al., 2004).

Für die Datenerhebung wurde ein Leitfaden entwickelt, der offene Fragen und Erzählaufforderungen enthält, um die Befragten so frei wie möglich antworten zu lassen (siehe Anhang A). Zur Entwicklung des Leitfadens wurde die Forschungsfrage zuerst in ihre einzelnen Bestandteile zerlegt und anschließend wurde anhand des bereits entwickelten Theorieteils geprüft, welche Konstrukte essenziell sind, um einmal das Erleben von Suizidalität und im zweiten Teil das Bewältigen zu erfassen. Anschließend wurden die einzelnen Konstrukte in Alltagsfragen verpackt, um sie allgemeinverständlich darzustellen. Dabei ging ich bei einigen Fragen von bereits

vorhandenem Vorwissen bei den Interviewten aus. So beispielsweise bei dem Konstrukt persönliche Bewältigung, bei dem das Vorwissen darüber vorhanden sein sollte, was Bewältigungsstrategien sind. Die Fragen 1-5 des Leitfadens bezogen sich dabei jeweils auf das Erleben von Suizidalität und die damit einhergehende Belastung, wobei die erste Frage konkret ergründen sollte, wie relevant das Thema in dem jeweiligen Berufsfeld ist. Bei Frage 2 wurde eine Alternativfrage formuliert, für den Fall, dass es kein suizidales Ereignis gab, das als besonders belastend wahrgenommen wurde. Die Fragen 6-12 fokussierten sich auf die Bewältigung der Belastung. Um den vorläufigen Leitfaden zu überprüfen und die Länge eines einzelnen Interviews abschätzen zu können, wurde ein Pre-Test durchgeführt. Bei der Erhebung der Daten wurde sich im Interview nicht streng an den Leitfaden gehalten, sondern die Reihenfolge der Fragen wurde ab und zu variiert oder es wurden zusätzlich Fragen weggelassen beziehungsweise umformuliert (Flick, 2014). Im Anschluss an die qualitative Datenerhebung wurde das Material mithilfe des Programms easytranscript, anhand der einfachen Transkriptionsregeln nach Kuckartz (2018), transkribiert (siehe Anhang B).

4.4 Methode der Datenanalyse

Für die Auswertung der erhobenen Daten wurde ein inhaltsanalytisches Vorgehen gewählt. Die Besonderheiten bestehen in diesem Verfahren in der Regelgeleitetheit, bei dem vorher festgelegte Ablaufmodelle das Vorgehen definieren und der Theoriegeleitetheit sowie dem kategorien-orientierten Vorgehen, welches es ermöglicht einen Text systematisch zu klassifizieren (Mayring, 2000). Neben dem Versuch der Standardisierung durch ein systematisches, an Ablaufmodellen orientiertes Vorgehen, ist das Verfahren dennoch so offen, dass es beliebig an jeden Sachverhalt und jedes Kommunikationsmedium angepasst werden kann (Mayring, 2000).

Ausgewertet wurden die Interviews dieser Arbeit mit der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Udo Kuckartz, die sich an Mayrings Methode der Inhaltsanalyse orientiert. Ein zentraler Punkt der Inhaltsanalyse ist das Kategoriensystem, denn besonderer Fokus wird auf die Kategorienkonstruktion und deren Begründung gelegt (Mayring, 2010). Kuckartz unterscheidet sich nicht nur von Mayring, indem er andere

Formen der Inhaltsanalyse definiert, sondern er löst ebenfalls die als veraltet und problematisch geltende Technik der Bildung von Paraphrasen ab (Flick, 2014), die Mayring in seiner zusammenfassenden Inhaltsanalyse nutzt. Ebenfalls trennt er nicht streng zwischen einem induktiven und einem deduktiven Vorgehen. Vielmehr existiert bei ihm eine Mischform, bei der anhand der bereits vorhandenen Theorie und der Fragestellung zuerst deduktive Kategorien gebildet und mit Fortschreiten der Analyse letztendlich induktive Kategorien am Text gebildet werden. Konkret habe ich mich für die inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz entschieden, bei der das Material durch Kategorien konzeptualisiert wird. Zentral ist dabei die thematische Einordnung des Materials sowie das Bilden von Haupt- und Subkategorien, zum einen deduktiv anhand der Theorie und induktiv anhand des Materials (Kuckartz, 2018).

In den folgenden Unterkapiteln wird das Verfahren des Kodierens detailliert beschrieben und anschließend darauf eingegangen, wie das codierte Material analysiert wurde.

4.4.1 Kodieren des Materials

Als Leitfaden für die Kodierung des Materials entwickelte Kuckartz das folgende Ablaufmodell.

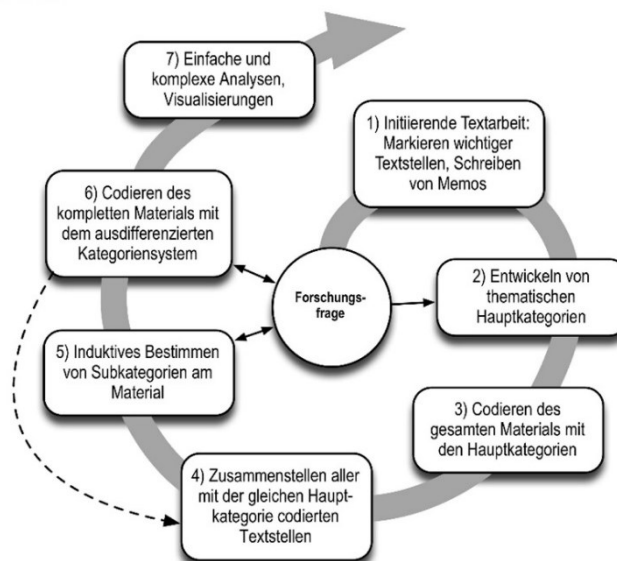


Abbildung 4. Ablaufschema der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2018)

Um die Auswertung des Textmaterials übersichtlicher zu gestalten, entschied ich mich im Rahmen dieser Arbeit dazu, computergestützt zu arbeiten und die vorhandenen Daten mit einer QDA-Software auszuwerten. Durchgeführt wurde die komplette Analyse mit dem Programm MAXQDA 2020. Der erste Schritt der Analyse bestand nach Kuckartz (2018) in der initiierenden Textarbeit. Hierfür wurden die Transkripte sorgfältig durchgearbeitet und besonders wichtige Textstellen markiert sowie Memos mit eigenen Gedanken und Auswertungsideen an den Rand des Textes platziert. Darauf aufbauend wurden zum Abschluss dieser Phase zu jedem Transkript kurze Fallzusammenfassungen zur Orientierung geschrieben, die das gesamte Interview umschrieben. Für die Entwicklung der Hauptkategorien im zweiten Schritt wurde der Interview-Leitfaden verwendet, um deduktive Codes zu erzeugen. Kuckartz gibt die Empfehlung, die thematischen Kategorien, die man nun entwickelt hat, zu erproben. Dafür wurden 25% des Auswertungsmaterials, in diesem Fall 4 Interviews genutzt, um die Kategorien auf ihre Anwendbarkeit überprüfen zu können. Im dritten Schritt wurde jedes Interview sequenziell Zeile für Zeile durchgearbeitet, um das gesamte Material mit den deduktiven Hauptkategorien kodieren zu können, dabei fand auch die Bildung induktiver Hauptkategorien statt. Es wurde jedoch nicht Satz für Satz kodiert, sondern mittels Sinneinheiten, denn die ausgewählte Textstelle sollte auch ohne deren Kontext verständlich sein. Nachdem die Hauptkategorien festgelegt wurden, wurden diese anschließend ausdifferenziert, indem eine induktive Bildung der Subkategorien am Material erfolgte. Anschließend wurden die Subkategorien definiert und systematisiert. Dafür wurden ähnliche Kategorien zusammengefasst oder zu einer allgemeineren Kategorie transformiert. Das Ergebnis dieses Prozesses stellt das ausdifferenzierte Kategoriensystem dar, der sogenannte Kodierleitfaden (siehe erweiterter Anhang B), bei dem jeder Hauptkategorie Subkategorien, eine Definition und ein passendes Ankerbeispiel aus dem Material zugeordnet sind. Mithilfe dieses Kodierleitfadens wurde nun das gesamte Material kodiert (siehe Anhang C).

4.4.2 Analyse des kodierten Materials

Nachdem die Strukturierung und Systematisierung des Materials abgeschlossen war, wurden, als Zwischenschritt zur eigentlichen Auswertung, systematische Fallzusammenfassungen erstellt. Durch diesen Schritt wurde das

Material zusätzlich komprimiert und auf das für die Forschungsfrage relevante reduziert. Die Zusammenfassungen für alle in einem Interview genannten Haupt- und Subkategorien verfasste ich hierfür in meinen eigenen Worten. Zunächst wurden die individuellen Aussagen zu jeder Kategorie, mithilfe einer Summary-Grid-Tabelle (siehe Anhang D1) zusammengestellt. Darauffolgend wurden mittels Summary-Tabellen (siehe Anhang D2), basierend auf diesen Zusammenfassungen, die Kernaussagen einer Subkategorie ermittelt. Der Vorteil dieser Fallübersichten ist es, mehrere Interviews im Hinblick auf eine ausgewählte Kategorie vergleichen zu können. An das Systematisieren und Strukturieren des Materials schloss sich, nachdem die Fallübersichten erstellt wurden, der eigentliche Analyseprozess an. Nach Kuckartz (2018) gibt es sechs Formen der Auswertung, die er ebenfalls in einer Spirale darstellt.

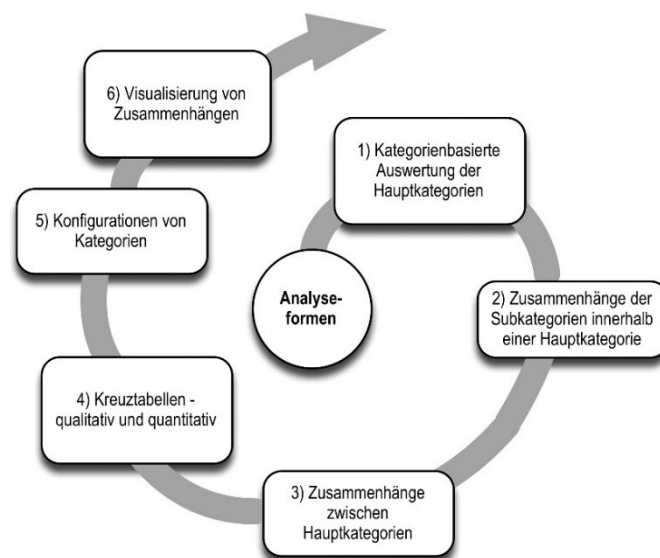


Abbildung 5. Sechs Formen der Auswertung bei einer inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2018)

Die kategorienbasierte Auswertung stellt den beschreibenden Auswertungsteil dar, in welchem die Ergebnisse zu jeder Hauptkategorie und deren Subkategorien zu finden sind. Diese wurden dahingehend analysiert, was und wie sich die Teilnehmenden zu einem bestimmten Thema geäußert haben.

Darauffolgend wurden die Zusammenhänge zwischen den Kategorien und deren Subkategorien anhand einer Themenmatrix untersucht. Hierfür wurden Zusammenhänge von Subkategorien innerhalb einer Hauptkategorie sowie kategorienübergreifende Zusammenhänge mithilfe des Code-Relations-Browsers

(siehe Anhang D3) erfasst. Dieser gibt an, wo sich im Textmaterial überschneidende Kodierungen befinden. Je größer der Knotenpunkt in der Matrix dargestellt wird, desto häufiger existieren Interferenzen. Bei häufigen Überschneidungen der Kodierungen erscheinen die Quadrate zudem rot. Ausgewertet wurden nur jene Interferenzen, die rot beziehungsweise dunkelrot waren. Mittels Codekonfigurationen (siehe Anhang D4) wurde das Material ebenfalls auf mehrdimensionale Zusammenhänge analysiert, um zu untersuchen, ob es Kombinationen von mehreren Codes gibt. Für diese Form der Auswertung wurde die Funktion der einfachen und komplexen Codekonfigurationen von MAXQDA genutzt. Die Codekonfigurationen unterscheiden sich von den einfachen Zusammenhängen, da nicht direkte Überschneidungen von Kodierungen aufgezeigt wurden, sondern Sachverhalte, die zusammen in einem Dokument erwähnt wurden. Konfigurationen, die häufiger vorkamen, wurden als relevant betrachtet.

Zusätzlich wurde mithilfe der Interaktiven Segmentmatrix (siehe Anhang D5) die Verbindung zwischen den erhobenen soziodemografischen Merkmalen und den gebildeten Kategorien untersucht, um herauszufinden, ob Unterschiede zwischen den Teilnehmenden existieren.

5. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung präsentiert, dabei wird anfangs die Stichprobe beschrieben und nachfolgend auf die gebildeten Kategorien eingegangen. Dafür wird zunächst jede Kategorie einzeln ausgewertet und im Anschluss werden alle Kategorien, im Hinblick auf mögliche Zusammenhänge und Unterschiede analysiert. Einige Kategorien werden mit Zitaten aus den Interviews gestützt. Die transkribierten Interviews befinden sich im erweiterten Anhang dieser Bachelorarbeit.

5.1 Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe umfasste sowohl Mitarbeitende im klinischen Bereich als auch jene, die in ihrem Beruf außerhalb der Klinik mit Suizidalität konfrontiert waren. Interviewt wurden neun Personen, mit unterschiedlichen Ausbildungen. Davon

wiesen jeweils zwei Personen die Fachärzt*innenausbildung für Psychiatrie und Psychotherapie auf, zwei Personen das Studium für Kommunikationspsychologie, drei Personen das Studium der Sozialen Arbeit, eine Person absolvierte die Ausbildung zum Krankenpfleger und eine weitere schloss das Studium der Heilpädagogik ab. Diese neun Personen waren zudem in heterogenen Berufsfeldern beschäftigt. Drei Personen arbeiteten in der Psychiatrie, wobei diese drei Personen einen Berufswechsel vollzogen haben und nun in der ambulanten Palliativversorgung tätig sind. Die restlichen Personen arbeiteten im weitesten Sinne in der psychosozialen Beratung, davon zwei in einem Ambulant Betreuten Wohnen für psychisch Kranke, eine Person in der Schulsozialarbeit, eine als Bezirkssozialarbeiter im Jugendamt, eine weitere als Erziehungsbeistand und Familienhelferin in der Familien-, Kinder- und Jugendhilfe und eine Person war in einer psychosozialen Beratungsstelle beschäftigt.

Die einzelnen Personen waren unterschiedlich lang in ihren Berufsfeldern tätig. Zwei Personen waren im Rahmen eines Praktikums beschäftigt, zwei Personen waren 2-3 Jahre in ihrem Berufsfeld tätig, eine Person 5 Jahre und vier Personen waren länger als 10 Jahre in den einzelnen Berufen tätig.

Als gruppierende Variable fungierte zusätzlich die Bewertung der eigenen Bewältigung, die im folgenden Kapitel auch noch einmal näher als Kategorie ausdifferenziert wird. Als Gruppierungsvariable hatte sie die Funktion, mögliche Unterschiede und Zusammenhänge zwischen Teilnehmenden zu erkennen, die das Erlebte gut bewältigt hatten und jene, die die Ereignisse weniger gut bewältigt hatten.

5.2 Auswertung der einzelnen Kategorien

Um die Forschungsfrage *„Wie gehen Mitarbeitende, die in psychiatrischen oder psychosozialen Versorgungsstrukturen arbeiten, mit der Suizidalität ihrer Klient*innen um?“* umfassend beantworten zu können, wurden 8 Hauptkategorien gebildet. Die Hauptkategorien bilden zum einen das Erleben von Suizidalität ab, indem sie die *Art des Kontaktes mit Suizidalität, die Belastungsfaktoren, die Reaktionen auf Suizidereignisse* und den *Einfluss des Erlebten auf die eigene Arbeit* thematisieren. Zum anderen wird die Bewältigung anhand der Kategorien *Wunsch, um Ereignis besser verarbeiten zu können, persönliche* und *professionelle*

Bewältigungsmethoden, sowie Bewertung der eigenen Bewältigung wiedergegeben. In den folgenden Unterkapiteln wird jede Kategorie zunächst einzeln ausgewertet.

5.2.1 Kategorie Art des Kontaktes mit Suizidalität

Diese Kategorie enthält Aussagen darüber, welche Formen von Suizidalität den Interviewten in den Ereignissen, die sie als belastend empfanden, begegneten. Die Befragten kamen in verschiedener Weise in Kontakt mit Suizidalität. Die meistgenannte Suizidform war die der vollendeten Suizide, gefolgt von Suizidversuchen und Suizidgedanken beziehungsweise -androhungen. In einem Fall handelte es sich um unspezifisches suizidales Verhalten. Die angezeigten Häufigkeiten in der folgenden Abbildung übersteigen die Zahl der Gesamtinterviewten, da es vorkam, dass in einem Interview mehrere belastende Fälle genannt wurden.

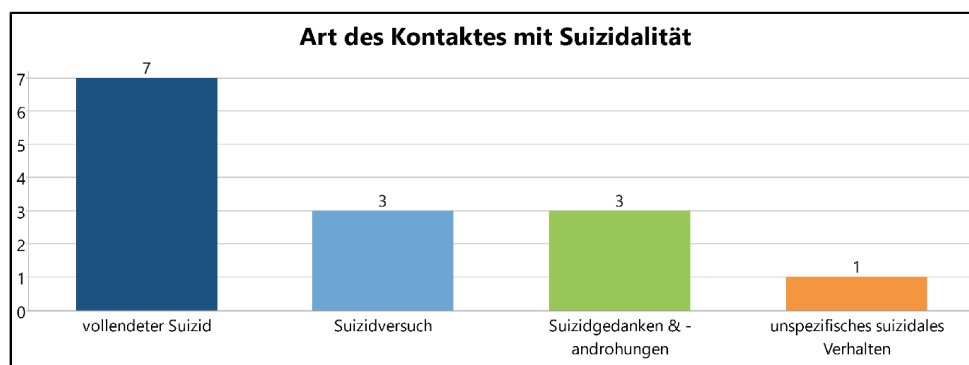


Abbildung 6. Häufigkeiten der Suizidformen in Zusammenhang mit den berichteten belastenden Ereignissen

So wurde in 3 Fällen von Suizidgedanken berichtet, bei denen die Klient*innen den Interviewten entweder konkrete Suizidpläne mitteilten oder einen Suizid androhten, ohne deutliche Ausführungstendenzen zu zeigen, aber dennoch darüber nachdachten. Ebenfalls wurden drei Befragte mit Suizidversuchen konfrontiert. Die Mehrheit der Befragten hat in ihrer beruflichen Laufbahn mindestens einen vollendeten Suizid erlebt. So berichteten 7 Personen belastende Ereignisse, in denen sie mit einem vollendeten Suizid konfrontiert waren. Zusätzlich zu den bestehenden Suizidformen, wurde von unspezifischem suizidalem Verhalten berichtet, dabei wurde über den Tod eines Jugendlichen gesprochen, der in einem See ertrank. Bei diesem Ereignis war sich der Interviewte unsicher, ob der Tod mit suizidalen Tendenzen

zusammenhing. Die erlebten belastenden Ereignisse fanden mehrheitlich im professionellen Kontext statt, jedoch gab es auch Befragte, die zusätzlich zum Berufsleben im privaten Rahmen in Kontakt mit Suizidalität kamen.

5.2.2 Kategorie Belastungsfaktoren

Die Belastungsfaktoren beschreiben, durch welche Faktoren ein suizidales Ereignis von den Interviewten als belastend wahrgenommen wurde. Zur Belastung allgemein lässt sich sagen, dass alle Befragten in irgendeiner Form durch erlebte suizidale Ereignisse belastet waren. Genannt wurden 13 Faktoren, die eine Belastung bei den Befragten auslösten. Am häufigsten wurden eine intensive Beziehung zum/zur Klient*in, strukturelle und organisatorische Defizite, aggressive Suizidmethoden sowie der vollendete Suizid und berufliche Unerfahrenheit als belastende Faktoren erwähnt. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden in den folgenden Unterkapiteln die einzelnen Belastungsfaktoren dargelegt.

5.2.2.1 Intensität des Kontaktes

Der am häufigsten angesprochene Belastungsfaktor war die Intensität des Kontaktes. Dieser Faktor beschreibt das Verhältnis, dass zwischen Interviewten und Klient*in bestand. Im Zusammenhang mit der Intensität haben sich zwei Faktoren herauskristallisiert, die diese näher beschreiben. Zum einen bestimmt die Dauer des Kontaktes die Intensität und zum anderen das Nähe-Distanz-Verhältnis zum/zur Klient*in. So waren suizidale Ereignisse belastender, bei denen Klient*innen über einen längeren Zeitraum begleitet wurden und eine enge Beziehung zu diesen bestand.

Natürlich, ich hatte ja auch in dem dreiviertel Jahr eine Beziehung zu ihr aufgebaut. Das ist kein anonymer Mensch, sondern jemand, der mir auch irgendwo nah war. Ich kannte ihre ganze Lebensgeschichte, ich kannte den Bruder, also da war viel Zeit um denjenigen auch wirklich kennenzulernen.
(B05, Pos. 187-191)

Alle Interviewten, die belastendes suizidales Verhalten im professionellen Kontext erlebten, beschrieben eine intensive Beziehung zu den Klient*innen. Der Kontakt bestand meist sehr frequent über mindestens sechs Monate hinweg.

5.2.2.2 strukturelle und organisatorische Defizite

Am zweithäufigsten wurden organisationale Rahmenbedingungen genannt, die zur Belastung beitrugen. Neben der generellen Arbeitsauslastung wurde vor allem die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, wie Kliniken, Polizei oder dem Jugendamt, kritisiert. Schwierig war es beispielsweise, wenn Klient*innen, die akut suizidal waren, nicht von der Klinik aufgenommen wurden.

So ein wiederkehrendes Thema ist, dass man die Klinikstelle anfährt und man hat eine Person, die ist suizidal, die können wir jetzt nicht gut versorgen. Dann wird immer nach so einem bestimmten Schema durchgearbeitet, wie akut das ist und wenn nicht absolut akut, dann wird auch keine Notaufnahme stattfinden, selbst wenn die Person sagt, sie würde ganz gerne bleiben, wenn gerade kein Bett frei ist, dann bleiben die halt nicht. Dann hat man institutionell etwas Probleme miteinander. (B07, Pos. 394-401)

Ein weiterer struktureller Belastungsfaktor war das Fehlen eines Ablaufplans in der Organisation, wie nach einem suizidalen Ereignis damit umgegangen wird, was mit einer generellen Planlosigkeit im Umgang mit Suizidalität einherging.

Und dass es in der eigenen Satzung oder wo auch immer einen klaren Fahrplan gibt, um Ansprechpersonen herauszufinden und gleichzeitig nicht, ich hatte das Gefühl, vieles war dem Zufall überlassen. (B09, Pos. 337-341)

Unterstützungsangebote, die organisatorisch nicht optimal verliefen, trugen zusätzlich zur Belastung bei. Explizit wurden Supervisionen angesprochen, die zu wenig und unregelmäßig, in einem zu großen Team mit zu wenig Zeit stattfanden.

Wie gesagt, Supervision alle 4 Wochen, alle 6 Wochen, das ist eine schöne Sache, sie müsste im Zweifel aber auch dann verfügbar sein, wenn ich sie brauche. Also wenn ich heute die Sitzung habe und morgen passiert etwas, dann warte ich 6 Wochen darauf. Bis dahin muss ich irgendwie selbst damit klarkommen und im Zweifel spreche ich die Sache dann schon gar nicht mehr an, weil dann schon wieder ganz andere Sachen in den Vordergrund getreten sind. (B07, Pos. 522-529)

Zudem war es belastend, wenn der/die Supervisor*in mit der Schwere des Falls überfordert oder nicht unabhängig war.

Wir haben auch ein Supervisionsangebot von der Hochschule gehabt, aber die Person, die das da durchgeführt hat, war mit dieser Art des Vorfalls ein bisschen überfordert und in dem Setting nicht dafür gewappnet, um da für mich hilfreich zu agieren. (B09, Pos. 304-308)

5.2.2.3 Suizidformen und Suizidmethoden

Suizidales Verhalten war in jeder Form belastend für die Betroffenen. Das geht damit einher, dass ein Suizid immer eine besonders aggressive Maßnahme ist, die plötzlich kommt und sich mitunter auch nicht ankündigt (Brockmann et al., 2005). Somit kann schon die Anwesenheit einer suizidalen Andeutung als belastend empfunden werden.

Wenn irgendjemand auf Station war und es war Suizidalität im Raum oder tatsächlich ein Suizidversuch da, dann hat mich das immer belastet. (B02, Pos. 88-90)

Besonders belastend war der vollendete Suizid, da er unwiderruflich ist, wohingegen nach einem Suizidversuch oder geäußerten Suizidgedanken ein Weiterarbeiten möglich war.

Das hat man sicherlich weniger bei Versuchen, die dann eben missglücken, da stellen sich diese Fragen weniger, weil es dann eben nicht passiert ist und

man eben weiterarbeiten kann. Das macht sicherlich eine besondere Belastung aus. (B07, Pos. 258-262)

Neben den Suizidformen spielt auch die Suizidmethode eine Rolle, denn belastend ist vor allem die Konfrontation mit besonders aggressiven, sogenannten harten Suizidmethoden. Konkret berichteten die Interviewten von einer Belastung bei Fällen, bei denen sich die Klient*innen vor einen Zug warfen, strangulierten oder erhängten.

Das ist schon eine extreme Maßnahme, die man da ergreift, eine extrem verzweifelte Maßnahme und auch ein recht aggressiver Austritt aus dem Leben. Auch die Art und Weise, wie sie es getan hat. Sowas gibt es ja auch immer wieder. Menschen springen aus dem Fenster, werfen sich vor U-Bahnen. Das ist kein leiser, heimlicher Tod. (B05, Pos. 179-184)

5.2.2.4 berufliche Unerfahrenheit

Keine bis wenig Vorkenntnisse im suizidalen Bereich und im Umgang mit suizidalen Klient*innen trugen im gleichen Maße zur Belastung bei wie eine mangelnde Ausbildung. Häufig berichteten die Interviewten im Zusammenhang mit den belastenden suizidalen Ereignissen, dass sie zu dem Zeitpunkt des Geschehens beruflich unerfahren waren. Demnach war für einige die erste Konfrontation mit suizidalem Verhalten belastend.

Ich glaube, das erste Mal ist immer das schlimmste. Also man kriegt in allen Dingen Routine, so schrecklich sich das manchmal vielleicht anhören mag, aber natürlich ist es so, wenn man das das erste Mal erlebt oder wo ich das das erste Mal erlebt habe, da war ich regelrecht geschockt. (B02, Pos. 217-222)

Eine unzureichende Ausbildung, die Kenntnisse, die in dem jeweiligen Berufsfeld vonnöten sind, nicht oder nur wenig vermittelt, trägt zur beruflichen Unerfahrenheit bei, ebenso wie geringes Vorwissen im Bereich des Umgangs mit suizidalen Klient*innen. Eine Person, die suizidale Erfahrungen in ihrem Praxissemester gemacht hatte und demzufolge wenig Vorkenntnisse im Umgang mit suizidalem

Verhalten besaß, war beim ersten Erleben eines suizidalen Ereignisses regelrecht überwältigt davon.

Aber wenn das wirklich so in der Realität, quasi vor mir war, war es halt schon so wow. Das ist nicht nur Fiktion und nicht nur so ein Gedanke, sondern es gibt wirklich Menschen, die das umsetzen müssen. (B01, Pos. 126-130)

5.2.2.5 Eigenschaften des/der Klient*in

Die Ursache der Belastung kann auch in bestimmten Eigenschaften liegen, die der/die Klient*in besaß. So trägt ein junges Alter eines/einer Klient*in, Sympathie sowie Ähnlichkeit dazu bei, dass die Interviewten durch das erlebte Ereignis belastet waren. Demnach war es bei sympathischen Klient*innen, die Ähnlichkeiten zu den Interviewten aufwiesen, wie beispielsweise ein ähnliches Alter und nachvollziehbaren Problemen, schwieriger sich abzugrenzen.

Eine Frau so alt wie ich, aber eine Krebserkrankung, die sie innerhalb der nächsten Wochen umbringen wird, da habe ich mehr Probleme in der Abgrenzung. Nette Patienten mit Problemen, die ich nachvollziehen kann, vielleicht ähnliches Alter, da habe ich auch Schwierigkeiten mich abzugrenzen. (B02, Pos. 270-275)

5.2.2.6 Kontakt mit den Angehörigen

Der Kontakt mit den Angehörigen der Klient*innen wurde als belastend wahrgenommen.

Also da hat sich jemand umgebracht und der hinterlässt einen riesen Scherbenhaufen. Wenn man dann mit dem entsprechenden Kind arbeitet, das ist schon belastend. (B07, Pos. 160-162)

Einerseits, da in dem direkten Umfeld des/der Suizidant*in die emotionalen Reaktionen auf das suizidale Ereignis beobachtet werden konnten (Lasogga & Karutz, 2011) und andererseits, wenn der Kontakt zu den Angehörigen nicht optimal verlief und Arbeitsprozesse behindert wurden.

Was mich an dem Fall so schockiert hat, ist, (...) dass ich eben den Vater beraten konnte, wie ich wollte, er hat sich einfach nicht darauf eingelassen [...]. (B03, Pos. 86-89)

5.2.2.7 Grad der Verantwortung

Wenn der/die Interviewte eine hohe Verantwortung in einem Beruf hat, also selbstständig über bestimmte Sachverhalte entscheiden muss, die weitreichende Konsequenzen haben und im schlimmsten Fall einem Menschen das Leben kosten können, kann das ein Belastungsfaktor sein. Die Interviewten beschrieben hier, dass sie besonders beim Einschätzen des Suizidrisikos im ambulanten Rahmen eine hohe Verantwortung hatten. Es kam aber auch vor, dass die Interviewten sich selbst in einer Retter- oder Beschützerrolle sahen und damit eine hohe Verantwortung gegenüber den Klient*innen verspürten.

Es sprach aber alles dafür, sodass sie bei mir so einen Beschützerinstinkt ausgelöst hatte. (...) Und dann passiert genau das in meiner Schicht, der Beschützer kann sie letzten Endes nicht mehr beschützen. (B08, Pos. 167-171)

Entlastend war es dagegen, wenn Klient*innen stationär aufgenommen wurden, sodass die Verantwortung von mehreren Personen getragen wurde oder Vorgesetzte die Verantwortung abnahmen, um im Falle des Eintretens von Konsequenzen unterstützend zu wirken.

Wenn man Sie auf einer Station hat, dann verteilt es sich auf verschiedene Schultern und man kann eben auch besser aufpassen, dass nichts passiert. (B06, Pos. 44-46)

5.2.2.8 Grund des Suizides

Die Gründe, die Klient*innen dazu bewegten sich zu suizidieren, waren ein belastender beziehungsweise entlastender Faktor. Demnach waren Suizide weniger belastend, wenn die Gründe nachvollziehbar waren und dieser beispielsweise aus einer schweren chronischen Erkrankung entstand.

Ich habe auch erlebt, also es gibt Leute, die vegetieren wirklich vor sich hin und da ist dieses Leben quasi schlimmer als für sich diese Option zu wählen und zu sagen: "Ich beende das Ganze". (B04, Pos. 177-180)

Zusätzlich dazu wurde es als belastend empfunden, wenn die Gründe für den Suizid unbekannt waren.

Die Unwissenheit darüber, was passiert ist, fand ich belastender als in den Fällen, wo es klar war und wo auch rekonstruiert werden konnte, wo auch Angehörige hinterher etwas dazu berichten und die Gründe erzählen konnten. (B07, Pos. 373-376)

5.2.2.9 Zeitpunkt des Suizides

Auch der Zeitpunkt eines Suizides war ein belastender Faktor. Suizide kommen meist sehr überraschend und unerwartet und kündigen sich selten an (Brockmann et al., 2005), da Anzeichen entweder nicht vorhanden waren oder nicht wahrgenommen wurden.

Es hat sich für mich dort nie angekündigt, dass der suizidal gewesen wäre. Er hat auch nichts vorher angekündigt. Er hat auch in der Vergangenheit keine Versuche, die wir gewusst hätten. Vielleicht vor vielen Jahrzehnten, aber nicht in der Zeit, in der wir mit ihm zu tun gehabt hatten, insofern war es sehr überraschend. Das war schon belastend. (B07, Pos. 64-69)

Suizidales Verhalten war aber auch dann belastend, wenn es zu einem Zeitpunkt eines therapeutischen Hochs, wenn die Arbeit mit dem/der Klient*in gut verlief und Fortschritte gemacht wurden, stattfand.

Ein paar Wochen davor habe ich Gespräche mit ihr führen können und man hat gemerkt, da geht wieder was. Und dann kommt diese Entscheidung sich das Leben zu nehmen und als Helfer*in denkt man dann so: "Jetzt ging doch gerade etwas, warum denn jetzt?". (B09, Pos. 228-233)

5.2.2.10 Qualität und Quantität der sozialen Unterstützung

Die Kategorie, angelehnt an das Modell nach Lasogga und Karutz (2011), bezieht sich auf den Umfang der sozialen Unterstützung aus dem professionellen und privaten Umfeld sowie auf die Beschaffenheit dieser. Wenn den Betroffenen die entsprechende Unterstützung verwehrt bleibt oder sie diese nicht in der Qualität bekamen wie sie es sich wünschten, war das ein Belastungsfaktor. Wichtig ist den Interviewten besonders die Unterstützung von Vorgesetzten, demnach sollten diese anwesend sein, sich Zeit für ein entlastendes Gespräch nehmen und angemessen auf das Erlebte reagieren.

Mein Chef damals, der hat nicht so entspannt oder cool oder wie auch immer reagiert. Dass ich da reinplatze und sagte hier das und das ist passiert und ich würde das gern besprechen, das fand der ein bisschen befremdlich und hat sich da so rausmanövriert. Mit dreieinhalb Sätzen hat der mich abserviert. (B02, Pos. 240-245)

Neben der Rolle des Vorgesetzten ist es auch wichtig, dass kurz nach dem Ereignis eine Person oder das Team erreichbar ist, um das Erlebte zu besprechen, aufgefangen zu werden und sich Rat einzuholen.

Dann habe ich erst in der Schule Bescheid gesagt, dass ich ganz dringend wegmuss und habe dann im Auto versucht, irgendeine Teamleitung von mir zu erreichen. Die waren irgendwie alle im Urlaub oder gerade nicht da oder sonst was, inklusive dem Chef. (B03, Pos. 120-124)

5.2.2.11 eigene Vorbelastung

Die eigenen Vorerfahrungen, die mit Suizidalität gemacht wurden, prägten den späteren Umgang der Befragten damit. Drei der neun Interviewten berichteten, dass sie im privaten Rahmen bereits in Kontakt mit Suizidalität kamen und sie dies im Sinne des künftigen Umgangs mit suizidalen Ereignissen beeinflusst hat.

Zum Beispiel meine Oma hat mal, die hat nicht wirklich Suizid verübt, aber die hat mich mal aufgefordert, sie hat im Altenheim gelebt, sie wollte nicht mehr

leben und hat mich dann aufgefordert, dass ich sie umbringe und hat mir da Mordpläne vorgelegt. (B04, Pos. 17-20)

5.2.2.12 Auffinden des Suizidopfers

Zu einer starken Belastung trägt anscheinend das Auffinden des/der Suizidant*in bei (Callahan, 2000). In einem Interview war dies der Fall. Die leblose Klientin wurde stranguliert vom Interviewten aufgefunden und anschließend reanimiert.

Nämlich sie hat sich mit einem Verbandsmaterial, mit einer Mullbinde, stranguliert und ich habe sie, na ja, entweder zu früh oder zu spät gefunden. Ich weiß nicht ganz genau, wie ich das beurteilen soll. Das weiß ich tatsächlich immer noch nicht ganz genau. Es war auf jeden Fall so, dass sie leblos war und von mir und meinem Kollegen wiederbelebt wurde und dann auch auf die Intensivstation kam, allerdings nie wieder richtig das Bewusstsein erlangt hat. (B08, Pos. 56-64)

5.2.2.13 Kontaktabbruch zu Klient*innen und deren Umfeld

Ein weiterer Belastungsfaktor war der Kontaktabbruch zu Klient*innen und deren Umfeld. Das bedeutet, dass nach einem Suizid kein Gespräch mit den Angehörigen stattgefunden hat oder dass der Interviewte nicht mehr die Möglichkeit hatte, sich von dem/der Klient*in zu verabschieden.

Das gab es eben gar nicht, also danach war wirklich wie abgeschnitten, zumindest für mich. Da gab es keine Auseinandersetzung mehr mit den Angehörigen. (B08, Pos. 317-320)

Nach einem Suizidversuch oder geäußerten suizidalen Gedanken, kann der Kontaktabbruch in der Hinsicht belastend sein, dass man nicht weiß, wie es dem/der Klient*in geht und was seit dem Kontaktabbruch passiert ist.

Dann kam irgendwann eine Woche, wo sie nicht mehr erreichbar war. Es gab so ein System von Bezugsbetreuern, die halt hauptverantwortlich für die Person waren und die Person, die betroffen war, hatte sich gemeldet, dass sie sich gar nicht mehr meldet, obwohl sie immer sehr kontinuierlich war. Sie hat auch immer Termine abgesagt, wenn es nicht ging. Dann war sie nicht mehr zu erreichen und dann haben wir sie eine Woche lang gesucht. (B09, Pos. 106-114)

5.2.3 Kategorie Reaktionen auf suizidale Ereignisse

Die Kategorie *Reaktionen auf suizidale Ereignisse* bildet ab, welche Folgen und Gefühle das erlebte Ereignis bei den Interviewten ausgelöst hat. Von den Befragten wurden hauptsächlich negative Gefühle geäußert, dabei thematisierte der Großteil der Befragten Schuldgefühle und ein Zweifeln an den eigenen Fähigkeiten. Weitere vorrangig beschriebene negative Reaktionen waren Schock und Trauer sowie das Gedankenkreisen. Jedoch löste ein suizidales Ereignis nicht nur negativ bewertete Reaktionen bei den Interviewten aus, sondern auch positive. Genannt wurden hier berufliche Befriedigung und Erleichterung. Zu dieser Kategorie wurden insgesamt 12 Subkategorien entwickelt, um diese detaillierter darzustellen und zu erläutern, wird in den folgenden Unterkapiteln jede Subkategorie noch einmal einzeln beschrieben.

5.2.3.1 Schuldgefühle und Zweifel an den eigenen Fähigkeiten

Schuldgefühle und Inkompetenzerleben waren die am häufigsten genannten Reaktionen auf ein suizidales Ereignis. Fast alle Teilnehmende äußerten Schuldgefühle in Bezug auf das Erlebte und fragten sich, in welchem Ausmaß sie für die Taten der Klient*innen verantwortlich waren. Sie stellten infolgedessen ihre eigenen professionellen Kompetenzen und Fähigkeiten infrage. So äußerten die Interviewten oft das Gefühl, etwas übersehen oder nicht mitbekommen zu haben und warfen sich selbst vor, dass sie mehr hätten tun sollen, um das suizidale Verhalten zu verhindern. Zusätzlich fühlten sie sich oft unfähig, da suizidale Absichten nicht erkannt wurden und die eigenen Fähigkeiten nicht ausreichten, um das Ereignis zu verhindern.

Ich habe immer wieder daran denken müssen und bin immer wieder durchgegangen: " Was hat er mir wann gesagt, hätte ich mit der Frau anders sprechen müssen, hätte ich dies, hätte ich das". Aber das ist, glaube ich, auch eine ganz normale Reaktion, dass man immer wieder in der Dauerschleife überprüft: "Warum habe ich das nicht gesehen, was hätte ich anders tun können, dass es nicht dazu gekommen wäre?". Das ist immer eine große Belastung und immer taucht bei mir die Schuldfrage auf, Insuffizienzerleben: "Wieso kriege ich das nicht hin, was habe ich verpasst, wieso bin ich nicht gut genug, sowas rechtzeitig zu erkennen und zu verhindern?" (B02, Pos. 102-113)

Neben den eigenen Selbstvorwürfen kam es auch vor, dass Betroffene anderen Institutionen oder Kolleg*innen Schuldzuweisungen machten.

5.2.3.2 Schock

Sechs Interviewte berichteten, dass sie sich nach dem suizidalen Ereignis in einem Schockzustand befanden. Sie berichteten vor allem dann von einem Schockzustand, wenn das suizidale Verhalten unerwartet und überraschend kam.

Es gibt schon eine gewisse Schockiertheit. Ich habe ja auch gesagt, dass ich es bei dem Vater nicht habe kommen sehen. Das ist natürlich schon eine Erschrockenheit gewesen, Schockiertheit. Das ging relativ schnell vorüber. (B07, Pos. 122-125)

Dieser hielt jedoch oft nicht lange an und kam seltener vor, sobald der Betroffene routinierter arbeitete.

Ich glaube, das erste Mal ist immer das schlimmste. Also man kriegt in allen Dingen Routine, so schrecklich sich das manchmal vielleicht anhören mag, aber natürlich ist es so, wenn man das das erste Mal erlebt oder wo ich das das erste Mal erlebt habe, da war ich regelrecht geschockt. (B02, Pos. 217-222)

5.2.3.3 Gedankenkreisen

Eine typische Reaktion war das sogenannte Gedankenkreisen, das von vier Teilnehmenden thematisiert wurde. Kennzeichnend dafür war, dass Betroffene ständig an den belastenden Fall denken mussten, auch außerhalb der Arbeitszeit. Neben dem Ereignis selbst kam es auch vor, dass über die/den Verstorbene/n nachgedacht wurde.

Und das war bei den Patienten sicherlich auch, ich will jetzt nicht sagen schlaflose Nächte, aber auch nach Feierabend noch weiter darüber nachdenken, was passiert ist. (B06, Pos. 213-216)

Bei besonders belastenden Fällen war diese Reaktion auch noch lange nach dem Ereignis präsent.

Es war letztendlich so, dass ich sie noch mehrfach gesehen habe, meinte gesehen zu haben, in Gesichtern anderer Menschen. Also dieses Gesicht ist mir noch lange nachgegangen. [...] Das war vielleicht so ein halbes Jahr nach dem Ereignis, also die Patientin war schon tot, aber trotzdem noch sehr sehr präsent. (B08, Pos. 82-94)

5.2.3.4 Trauer

Drei Befragte befanden sich nach dem belastenden Ereignis in einem Trauerzustand und waren durch das Erlebte sehr betroffen.

Betroffen (..) bei der ersten Patientin, die ich gesagt hatte, die sich auf der Station suizidiert hat, auch wirklich (..) ich sag jetzt mal Trauer, betrübt, weil ich einen engen Kontakt mit ihr pflegte. (B06, Pos. 111-113)

5.2.3.5 kein Fühlen, nur funktionieren

Nach einem Suizid oder einem Suizidversuch müssen bestimmte Dinge ablaufen, die Helfenden müssen beispielsweise andere Hilfen koordinieren oder den/die Suizidant*in reanimieren, demnach beschrieben drei Interviewte, dass sie sich kurz nach dem Eintreten eines suizidalen Ereignisses an keine Gefühle erinnern konnten oder keine Zeit hatten, um ins Fühlen zu kommen.

Ab dem Zeitpunkt hat man nur noch funktioniert, da habe ich auch keine Erinnerung an irgendwelche Gefühle, da reanimiert man und versucht die Hilfe zu koordinieren. (B08, Pos. 113-116)

5.2.3.6 Ambivalenz

Drei Befragte äußerten ambivalente Gefühle, einen Zustand der inneren Zerrissenheit in der Hinsicht, dass sie einerseits eine hohe Verantwortung für den/die Suizidant*in hatten und andererseits wissen, dass es nicht ihre Verantwortung war.

Und das, also diese beiden Pole, einerseits sich als Beschützer zu fühlen mit einer gewissen Nähe und andererseits die professionelle Distanz mit dem Wissen, dass es nicht meine Verantwortung ist, dass sie das getan hat. Das hat dann zu diesem inneren Konflikt, Chaos geführt. (B08, Pos. 180-185)

5.2.3.7 Überforderung und Hilflosigkeit

Begleitende Gefühle waren in drei beschriebenen Fällen Überforderung und Hilflosigkeit. Diese kamen auf, wenn die Helfenden beispielsweise die Ernsthaftigkeit suizidaler Absichten nicht einschätzen konnten oder sie sich der Situation nicht gewachsen fühlten.

Und hilflos, ich habe mich einfach hilflos gefühlt. Erstens war ich nicht vor Ort, zweitens konnte ich es absolut nicht einschätzen, wie das ausgeht, was da wirklich dran ist. Ich habe mich auch überfordert gefühlt, weil die Leute, die vor Ort waren (...). Sie war in der Schule, da waren Sozialarbeiter, da waren ihre Vertrauenslehrer, ihre Klassenlehrer und so weiter und die haben mich

angerufen, weil die nicht mehr weiterwussten. Das war für mich auch so eine totale Mammutaufgabe, weil ich dachte: "Was soll ich denn jetzt noch machen?". (B03, Pos. 194-204)

In Bezug auf Suizidalität erlebten einige Befragte ein Ohnmachtsgefühl beziehungsweise einen Verlust von Einfluss und Kontrolle. Das bedeutet, dass suizidales Verhalten von einigen Teilnehmenden als etwas Unverhinderbares angesehen wurde, das wenig beeinflusst werden kann.

[...] was mich noch so belastet daran, ich weiß nicht, man hat halt keinen Einfluss darauf. Also man hätte es einfach nicht verhindern können. (B05, Pos. 206-208)

5.2.3.8 Ärger

Nach dem Eintreten eines suizidalen Ereignisses kam es in einem Fall vor, dass sich Wut und Ärger gegen den/die Suizidant*in richteten.

Da war auch so etwas wie Wut dabei: "Warum hat sie das getan? Wir hatten eine andere Absprache. Sie hätte an dem Tag eigentlich zum Gespräch kommen sollen". (..) Da war mehr von der Wut dabei. (B06, Pos. 132-135)

5.2.3.9 körperliche Symptome

Eine Belastungsreaktion kann sich auch auf körperlicher Ebene auswirken (Illes et al., 2015). Eine Interviewte berichtete davon, dass sie regelmäßig Schlafprobleme habe, wenn sie mit einem belastenden Fall konfrontiert ist.

Das ist immer so, wenn ich mit irgendwas Schwierigkeiten habe, dann schlafe ich nicht mehr so gut, dann werde ich nachts oft wach und habe wieder den Gedanken im Kopf. (B02, Pos. 146-149)

5.2.3.10 Scham

Eine Teilnehmende beschrieb, ihre eigene Haltung gegenüber suizidalem Verhalten nicht offen mitteilen zu können, aus Angst davor, was Kolleg*innen über sie denken könnten.

Schätzungsweise hätte ich das vielleicht auch bei Kollegen ansprechen können, aber da ist dann ein Stück weit schon irgendwie die Angst, ob dann nicht doch komisch über einen geredet wird. So wie: "Die findet, dass das in Ordnung ist, wenn man sich umbringt" oder "der geben wir keine Fälle mehr, wo Suizid ein Thema ist, sonst sagt sie noch, dann mach halt". Ich denke, es war viel auch meine eigene Scham vor Konsequenzen, wenn ich ehrlich bin. (B03, Pos. 459-468)

5.2.3.11 berufliche Befriedigung

Die beschriebenen suizidalen Ereignisse lösten bei drei Teilnehmenden ein Gefühl der beruflichen Befriedigung aus, da sie gemeinsam mit den Klient*innen und den Angehörigen eine schwierige Situation gemeistert und somit ihre berufliche Rolle erfüllt hatten.

Er sagt jetzt auch seit einem Jahr: "Das ist überhaupt kein Thema mehr, daran denke ich gar nicht mehr. Mein Leben ist gut. Es ist zwar viel schiefgelaufen in der Vergangenheit und ich musste viel leiden, aber so wie es jetzt ist, ist es gerade gut". Das ist das Beste, was einem passieren kann, wenn Klienten das sagen nach so einer Leidensgeschichte und so vielen Suizidversuchen, -gedanken. (B05, Pos. 353-359)

5.2.3.12 Erleichterung

Ein weiteres positives Gefühl, dass durch einen Suizid ausgelöst wurde, war Erleichterung. Die Interviewten beschrieben dieses Gefühl, wenn der Suizid für sie nachvollziehbar war. Erleichternd waren Suizide dann, wenn sie aus einem Leid, wie einer schweren körperlichen oder psychischen Erkrankung, entstanden.

Es gibt aber Menschen und Situationen, die sind so schwer aushaltbar, dass ich einen Suizid nachvollziehen kann. Gerade bei den schwerst körperlich Kranken, wo vielleicht der Krebs das ganze Gesicht zerfressen hat und ich weiß, dieser Mensch wird sterben, dann belastet mich das nicht, wenn der stirbt. Da bin ich froh, dass der das endlich geschafft hat. (B02, Pos. 291-299)

5.2.4 Kategorie Einfluss des Erlebten auf die eigene Arbeit

Diese Kategorie beinhaltet die Aussagen der Interviewten darüber, wie die erlebten suizidalen Ereignisse ihre Arbeitsweisen und Einstellungen beeinflusst haben. Die meisten Interviewten berichteten davon, dass ihre Haltung gegenüber Suizidalität offener geworden ist und es vermehrt akzeptiert werden kann, wenn Menschen die Entscheidung treffen, sich das Leben zu nehmen.

Das hat mir aber auch gezeigt und das hat mich in diese Richtung gebracht, dass ich gesehen habe, dass ich erstens offen sein muss dafür und dass ich auch nichts dagegen tun kann, wenn diese Person das wirklich möchte. (B04, Pos. 91-94)

Das Erleben der belastenden suizidalen Ereignisse hatte bei den Interviewten zusätzlich zur Folge, dass sie sich intensiver mit dem Thema auseinandersetzten und sensibler auf Signale und erste Anzeichen achteten, sozusagen insgesamt fachlich kompetenter agierten.

Ja, also ich habe mich dann mehr mit dem Thema auseinandergesetzt. Vor allem, wie gehe ich damit im professionellen Kontext als Helferin um, welche Signale, welche Anzeichen gibt es und überhaupt wie geht man allgemein mit dem Thema um, wenn Klient*innen Suizidgedanken äußern. (B05, Pos. 158-162)

Das Überwinden und Bewältigen suizidaler Ereignisse trug zur Resilienz der Befragten bei. Resilienz beschreibt die psychische Widerstandskraft eines Menschen, das bedeutet, dass belastende Ereignisse ohne eine Beeinträchtigung überstanden werden können (Warner, 2016). In dem Kontext meint es, dass die

suizidalen Erlebnisse, die die Interviewten gemacht haben, sie dahingehend verändert haben, dass sie schwierige Fälle besser bewältigen können und sie durch suizidale Erlebnisse im beruflichen Kontext weniger belastet sind.

Am Ende denke ich, dass ich immer daraus gelernt habe und dass mich das am Ende sogar immer stärker gemacht hat, dass ich mit Fällen arbeiten kann, wo andere sagen: "Ich kann damit nicht umgehen". (B04, Pos. 220-228)

Eine weitere Folge war, dass sich zwei der Interviewten negative Gefühle, die durch ein suizidales Ereignis ausgelöst wurden, eingestanden und zuließen.

Gedanken und Gefühle zuzulassen, sich zuzugestehen, auch mal scheiße drauf sein, gereizt sein. (B07, Pos. 489-491)

Des Weiteren achtete eine Interviewte vermehrt darauf, eine professionelle Distanz zu den Klient*innen zu wahren.

Schon weil ich versucht habe, mich nicht mehr so involvieren zu lassen. (B03, Pos. 209-210)

Bei einem Interviewten resultierte das Erlebte in einem Berufswechsel. Dieser wurde jedoch weniger durch die emotionale Belastung ausgelöst, sondern eher durch kollegiale Unstimmigkeiten.

Es war eine riesen Gruppe und da sind Dinge gesagt worden von Kolleginnen und Kollegen, die mich nachhaltig so verändert haben, die mich dann irgendwann, auch wenn es dann nochmal 6 Jahre gedauert hat, dazu gebracht haben, den Job zu wechseln. [...] Es gibt diesen Spruch "Love it, change it or leave it" und ich konnte es nicht mehr lieben, ich habe es nicht geschafft es zu verändern, also musste ich gehen und das habe ich dann getan. Das war schon so eine Initialzündung, das muss ich sagen. (B08, Pos. 144-154)

5.2.5 Kategorie professionelle Bewältigungsmethoden

Die Kategorie repräsentiert, welche Unterstützungsangebote von den Befragten zur Bewältigung von Suizidalität im professionellen Rahmen genutzt wurden. Am wertvollsten war für die Interviewten der kollegiale Austausch, der als professionelles Unterstützungsangebot von acht Interviewten genannt wurde. Das Reden über ausgelöste Gefühle und der informelle Austausch von Wissen sowie Erfahrungen, zunächst mit engen Kolleg*innen, später im gesamten Team, war am bedeutsamsten.

Also als Erstes würde ich auf jeden Fall den kollegialen Austausch nennen, was eigentlich immer sofort passiert. Also so zwischen engen Kolleginnen, wo man immer wieder über schwierige Patienten spricht, bis zum Team, wenn auf der Station so etwas passiert ist. Das finde ich, ist immer so das Erste. (B06, Pos. 202-206)

Gleichzeitig wurde auch den Vorgesetzten eine unterstützende Rolle zugeschrieben. Während Kolleg*innen gut zuhören und Rat geben konnten, waren Vorgesetzte in der Lage die Schuldgefühle und Zweifel an den eigenen Fähigkeiten durch Rückmelden von positivem Feedback zu nehmen.

Und neben Daheim mache ich das auch viel im Austausch mit meiner Teamleitung, weil ich mich da aufgehoben fühle. Vor allem, weil Suizidalität immer mit Konsequenzen verbunden ist. Man sucht da immer einen Schuldigen, gerade in dem Bereich, in dem ich arbeite, gibt man dann schnell dem Helfersystem die Schuld, das eben nicht geholfen hat. Um mich da ein Stück weit zu schützen, gehe ich mit meinen Vorgesetzten ins Gespräch, weil die das dann abfangen. (B03, Pos. 502-511)

Aber nicht alle Vorgesetzten brachten die geeigneten Fähigkeiten mit, um eine unterstützende Funktion zu haben.

Wir haben eine Fachaufsicht, da habe ich zwei verschiedene kennengelernt in der Zeit. Beide waren da nicht unbedingt die Personen, mit denen man das

gemacht hätte, einer mehr als der andere, aber das wäre etwas, was theoretisch ginge, aber nicht genutzt wurde. (B07, Pos. 315-320)

Ein Angebot, das von sieben Interviewten beansprucht wurde, war die Supervision.

Das konnte in der Supervision ganz gut gelöst werden, weil wir alle miteinander reden konnten und in einer vertrauensvollen Atmosphäre sagen konnten, welche Gefühle das in uns ausgelöst hatte. (B06, Pos. 74-76)

Grundsätzlich waren Supervisionen für einen Großteil der Befragten nützlich, es wurde jedoch auch Kritik geäußert. Supervisionsangebote fanden immer zu festen Terminen statt. Um unterstützend zu wirken, sollten diese Angebote flexibler gestaltet sein.

Also was wir viel hatten, war Intervision und Supervision. Das war immer gut, aber das waren leider immer feste Termine und man kann sich ja nicht aussuchen, wann sich in einem Fall die Lage zuspitzt.
(B03, Pos. 347-351)

Um einen positiven Effekt zu erwirken, sollte zudem der Kreis der Teilnehmenden kleiner gehalten werden.

Es hat alle unglaublich berührt, auf unterschiedliche Arten und Weisen, sodass eine nie dagewesene Größe an Teilnehmern einer Supervision dabei rauskam. Da waren sogar Leute dabei, von denen ich überhaupt nicht wusste, dass sie Kontakt zu der Patientin hatten. Ich hätte mir zu dem Zeitpunkt eigentlich eher gewünscht, dass der Kreis derer gering gehalten wird (B08, Pos. 128-134)

Negativ bewertet wurden ebenso Supervisor*innen, die nicht unabhängig oder überfordert waren.

Die professionelle Aufarbeitung fand ich, die mir zumindest angeboten wurde, seitens der Supervisorin, fand ich eher schlecht. Das lag daran, dass diese Supervisorin an dem Tag des Suizids auch involviert war, weil sie eine Supervision machte und erstmals diese Patientin mit in die Supervision nahm, zur Exploration ihres Falls. (B08, Pos. 215-221)

Wir haben auch ein Supervisionsangebot von der Hochschule gehabt, aber die Person, die das da durchgeführt hat, war mit dieser Art des Vorfalls ein bisschen überfordert und in dem Setting nicht dafür gewappnet, um da für mich hilfreich zu agieren. (B09, Pos. 304-308)

Ähnlichkeiten zur Supervision weist die Intervision auf, die einen Austausch auf kollegialer Ebene darstellt. Dieses Angebot empfanden, zusätzlich zur Supervision, zwei Interviewte als hilfreich.

Ich habe auch noch eine Intervisionsgruppe, also wo lauter Psychiater und Psychologen zusammensitzen, was auch eher so ein bisschen kollegiales Auskotzen ist, aber auch mal einen Fall vorstellen: "Das ist da passiert und was haltet ihr davon". Intervision ist dann halt, oder so verstehe ich das, wo man sich unter Kollegen, quasi kollegial berät. Und das sind die wichtigen Instrumente für mich. (B02, Pos. 195-202)

Im professionellen Rahmen wurden ebenfalls präventive Maßnahmen von drei Teilnehmenden genutzt. Präventive Maßnahmen können als Bewältigung der Situation ausgeführt werden, um bei geäußerten Suizidgedanken oder Suizidversuchen zu verhindern, dass es zu einem vollendeten Suizid kommt. Zum einen wurden von zwei Interviewten professionelle Weiterbildungsangebote genutzt, um Wissen und Kompetenzen zum Thema Suizidalität zu erweitern.

Also was für mich immer wichtig und hilfreich war, ist möglichst hohe Kompetenz anzueignen in der Thematik, also zum Beispiel mal eine Fortbildung zu dem Thema besuchen. (B07, Pos. 447-450)

Zum anderen war es eine Strategie auf Anzeichen und Signale zu achten und durch konkrete Maßnahmen im Arbeiten mit dem/der Klient*in suizidale Ausführungstendenzen reduzieren zu können.

Ich habe auch Maßnahmen mit ihr ausprobiert, um das ein bisschen aufzufangen. Zum Beispiel (...) ich weiß nicht, wie der genaue Wortlaut ist, aber ich habe quasi so zwei verschiedene Bälle genommen, da konnte sie dann etwas reinreden. Das eine war ein positiver Ball, das andere ein negativer Ball. Danach hat sie es dann hingelegt und wir haben es von außen betrachtet. Ich habe also so ein bisschen versucht zu arbeiten, durch solche Maßnahmen. Und dann auch allgemein durch Gespräche. (B01, Pos. 157-165)

Zwei Interviewte nutzten des Weiteren das Angebot einer psychologischen Beratung, um Suizidalität zu bewältigen.

Ich habe aus persönlichen Gründen mal eine Psychotherapie gemacht, 2005, meine ich. Und in dem Rahmen habe ich auch mit der Psychotherapeutin mal über einen schwierigen Fall gesprochen, das wäre auch noch eine Möglichkeit. (B08, Pos. 246-249)

5.2.6 Kategorie persönliche Bewältigungsmethoden

Die Kategorie gibt wieder, welche persönlichen Bewältigungsstrategien von den Teilnehmenden genutzt wurden, um mit Suizidalität im Berufsalltag umgehen zu können und die belastenden Erlebnisse zu bewältigen. Persönlich meint, dass diese Bewältigungsmethoden nicht in einem professionellen Rahmen stattfanden. Die wichtigste und hilfreichste Ressource für die Befragten war der Austausch im privaten Umfeld, das Sprechen über belastende Ereignisse im familiären Umfeld oder Freundeskreis. Fast alle Befragte nutzten den privaten Austausch, um sich zu entlasten.

Das, was ich auch nochmal getan habe, ist, ich habe Zuhause davon erzählt und habe es einfach rausgelassen, weil ich kann das nicht - man sagt ja immer, man soll die Haustür zu machen und alles hinter sich lassen - aber

so geht das bei mir nicht. Ich muss zur Haustür rein, das alles kurz abladen und dann ist auch gut. (B03, Pos. 362-368)

Neben dem persönlichen Austausch trug es zur Bewältigung bei, praktische Tätigkeiten zu vollführen, also etwas mit seinen Händen zu erledigen. Fünf Interviewte bezeichneten praktische Aktivitäten als etwas Entlastendes. Darunter fielen unter anderem das Hören und Produzieren von Musik, das Malen oder Zeichnen, das Schreiben über das Ereignis oder auch sonstige praktische Aktivitäten wie das Häkeln.

Für mich persönlich dann privat Zuhause habe ich einen Text geschrieben, also quasi wie einen, also ich glaube das war jetzt nicht wie ein Brief, aber einfach so Gedanken, die mir noch gekommen sind, um einen Abschluss zu haben. Und um jetzt auch nicht zu viel ins Grübeln zu kommen, habe ich dann einfach ganz praktische Sachen gemacht. Ich habe sehr viel gehäkelt (lacht) und hab dabei Kinderhörspiele gehört (lacht). (B05, Pos. 290-296)

Bewegung und Sport sowie Meditations- und Entspannungstechniken wurden von den Interviewten genutzt und als hilfreich erachtet.

Aber auch so ganz normale Sachen, wie einen Spaziergang machen, Sport machen, diese Dinge. Die habe ich sicherlich auch als helfend empfunden. (B06, Pos. 218-220)

Was ich noch gerne mache, was mit Corona aber völlig eingeschlafen ist, ist Yoga. Also ich mache gerne Entspannungstechniken. Ich mache mit Patienten auch häufig Entspannungsübungen, also da bin ich für und das hilft mir selbst auch. Bei solchen Übungen kann ich mich wirklich gut runteratmen oder eine Stunde Yoga, dann ist auch mein Kopf frei. (B02, Pos. 335-341)

Ebenso wie die persönliche Weiterbildung, die von vier Teilnehmenden angesprochen wurde, um sich selbst mehr Wissen und Kompetenzen zum Thema

Suizidalität aber auch zu den Auswirkungen eines belastenden Ereignisses anzueignen.

Also was für mich immer wichtig und hilfreich war, ist möglichst hohe Kompetenz anzueignen in der Thematik, also zum Beispiel mal eine Fortbildung zu dem Thema besuchen und mich damit beschäftigen oder einfach mal ein Buch lesen. (B07, Pos. 447-451)

Die persönliche Weiterbildung umfasst zusätzlich die Reflexion der eigenen Gefühle und Verhaltensweisen.

Und ich habe mich selbst mit mir beschäftigt, mich selbst hinterfragt und meine Gefühlswelt. Zum Beispiel habe ich mich auch noch, um allgemein meine Gefühle zu hinterfragen und mich bisschen professionell zu verbessern, weil es da noch ein paar Kritikpunkte gab seitens der neuen Anleiterin oder der Kollegin, dieses Buch von Stefanie Stahl genommen "Das Kind in dir muss Heimat finden". (B01, Pos. 403-410)

Zur Unterstützung der eigenen Bewältigung nahmen drei Interviewte Abschied von den Verstorbenen. Dabei nahmen zwei an der Trauerfeier beziehungsweise der Beerdigung des/der Klient*in teil und eine Interviewte besuchte die Suizidantin auf der Intensivstation, um von ihr Abschied zu nehmen.

Sie war gar nicht sofort tot. Sie hat noch auf der Intensivstation gelegen und war noch reanimiert worden, aber ist dann letztendlich auf der Intensivstation verstorben, sodass ich noch die Möglichkeit hatte, mich auf der Intensivstation, für mich, zu verabschieden. (B06, Pos. 115-119)

Für zwei der Interviewten war ein Perspektivwechsel hilfreich, der extern angeregt wurde, um das suizidale Ereignis aus einem anderen Blickwinkel betrachten und damit die Belastung besser bewältigen zu können.

Und da war der Bruder auch da und der sagte dann zu mir: "Das ist ja eigentlich ein echtes Wunder, dass sie überhaupt so alt geworden ist, mit dieser schweren Erkrankung". Das war für mich so komplett eine ganze neue Perspektive das so zu sehen, weil man sollte nicht so früh sterben. Und er hat das ganz anders gedeutet, weil er auch schon mit der Mutter solche Erfahrungen gemacht hat und meinte: "Für eine so schwer kranke Person ist das ein gutes Alter". (B05, Pos. 365-372)

Weitere Bewältigungsmethoden, die vereinzelt angesprochen wurden, waren die Ablenkung durch die Arbeit, etwas Leckeres essen oder trinken und das Beschäftigen mit dem eigenen Tod.

5.2.7 Kategorie Wunsch, um Ereignis besser verarbeiten zu können

Abgebildet werden mit dieser Kategorie die Wünsche der Interviewten, wie die belastenden Ereignisse besser verarbeitet worden wären. Genannt wurden 6 Sachverhalte, die hilfreich für eine verbesserte Verarbeitung gewesen wären. Drei Interviewte wünschten sich strukturelle Veränderungen. Dabei richtete sich der Fokus auf Supervisionen. Diese sollten flexibler stattfinden, also dann, wenn sie wirklich gebraucht werden und nicht nur an festen Terminen. Außerdem sollte sich mehr Zeit genommen werden, sodass die Anliegen aller Teilnehmenden bearbeitet werden können sowie der Kreis der Teilnehmenden generell auf die essenziellen beschränkt werden.

Der Bereich für die professionellen, hilfreichen, entlastenden Angebote der ist, in meiner Erfahrung, ich beziehe es jetzt mal auf Jugendämter, da gibt es zu wenig oder was heißt zu wenig, sondern es ist zu wenig verfügbar, es ist zu wenig im Alltag implementiert. Wie gesagt, Supervision alle 4 Wochen, alle 6 Wochen, das ist eine schöne Sache, sie müsste im Zweifel aber auch dann verfügbar sein, wenn ich sie brauche. Also wenn ich heute die Sitzung habe und morgen passiert etwas, dann warte ich 6 Wochen darauf. Bis dahin muss ich irgendwie selbst damit klarkommen und im Zweifel spreche ich die Sache dann schon gar nicht mehr an, weil dann schon wieder ganz andere Sachen in den Vordergrund getreten sind. (B07, Pos. 518-529)

Zudem ist die hohe Arbeitsauslastung etwas, das sich ändern sollte und als belastend wahrgenommen wurde.

Die Arbeitsauslastung, das war auch ein Grund meines Wechsels jetzt, dass ich gekündigt habe, das hält kein Schwein aus bis in die Rente. Und da bin ich sicher, das weiß ich von mir und meinen Kollegen, wäre das eine andere Schlagzahl, wäre es strukturell anders, dann würde man auch viel länger durchhalten. (B07, Pos. 529-534)

Berichtet wurde auch davon, dass Unterstützungsangebote von keiner Leitung implementiert wurden, sondern allein durch das Schaffen der Kolleg*innen entstanden.

Was für mich funktioniert hat, meine Kollegen, mein Team, das war für mich ausreichend und hilfreich über die Jahre, aber das ist nicht so selbstverständlich. Das ist etwas, was wir unter uns gemacht haben, also wir Kollegen unter uns. Da hat keine Leitung für gesorgt, keine strukturelle, organisatorische Geschichte, sondern das hat man selbst gemacht. Und das denke ich, ist etwas, was sich ändern sollte. (B07, Pos. 539-545)

Drei Interviewte wünschten sich einen offeneren Umgang mit dem Thema Suizidalität. Einerseits in der Gesellschaft allgemein, sodass Suizidalität nicht mehr stigmatisiert wird und als moralisch verwerflich gilt, und andererseits im Team, um ehrlich Haltungen und Meinungen zu dem Thema austauschen zu können.

Ich denke ein Stück weit Unterstützungsmöglichkeiten in der Hinsicht, dass man sich einfach darüber austauschen kann, ob es nicht auch manchmal ein guter oder richtiger Weg ist. Dass man nicht so stigmatisiert ist, dass das nicht so moralisch verwerflich ist und gesellschaftlich nicht gut anerkannt ist, sag ich mal. Sondern, dass man ehrlich sagen kann, es ist ok. (B03, Pos. 452-459)

In dem Zusammenhang wünschten sich die Befragten auch im Kollegium mehr Austausch über das Thema Suizidalität und damit einhergehende belastende Ereignisse. Gewünscht wurde sich auch hier, dass man frequenter und offener im Team über Suizidalität kommuniziert.

Wenn da mehr Supervision wäre, mehr gemeinsam gucken, wie wir mit Situationen umgehen. Das empfinde ich als hilfreich. [...] Da fände ich auch sehr hilfreich, wenn wir mehr in Kontakt wären, um darüber zu sprechen, über dieses, ich sag mal böse Thema (lacht) Suizidalität. (B06, Pos. 244-253)

Neben dem Team spielen auch die Vorgesetzten eine wichtige Rolle bei der Bewältigung von belastenden Ereignissen.

Da hätte ich mir, gerade als Berufsanfängerin hatte ich natürlich noch nicht das Standing, ein bisschen mehr Unterstützung gewünscht. Bei den Kollegen habe ich das ja immer gefunden oder in Supervision, Intervention. Aber wenn der Chef einem dann komisch kommt, das ist (...), in so einer Situation braucht das keiner. (B02, Pos. 245-251)

Ergänzend dazu, wurde von einem Befragten der Wunsch geäußert, ein Gespräch mit den Angehörigen zu führen.

Tatsächlich, das ist mir jetzt gerade spontan eingefallen, auch wenn das jetzt schon 12 Jahre her ist, vielleicht doch nochmal ein Gespräch mit der Mutter. Danach gab es, zumindest von meiner Seite aus, keine Möglichkeit noch einmal mit der Mutter zu sprechen. (B08, Pos. 302-307)

Für einen anderen Interviewten ist es wichtig, das Grab der Klientin noch einmal aufsuchen zu können.

Ich würde gerne mal das Grab aufsuchen, aber das hat bis jetzt nicht gepasst, weil das nicht im Umfeld ist, sondern das ist schon eine extra Reise da hin. (B09, Pos. 387-390)

5.2.8 Kategorie Bewertung der eigenen Bewältigung

Diese Kategorie bildet ab, wie die Teilnehmenden ihre eigene Bewältigung der erlebten belastenden Ereignisse einschätzten. Die Bewältigung von suizidalen Ereignissen bezeichneten alle Teilnehmende als schwierig.

Ich denke, man kann nie sagen, dass einem bei so einem Thema die Bewältigung gut gelingt. Jeder Mensch, der beruflich mit Suizidalität zu tun hat, ist in einem Bereich, wo eine gewisse Menschlichkeit erforderlich ist und jeder der Menschlichkeit besitzt, kann nicht sagen: "Den Suizid habe ich jetzt besonders gut verarbeitet". Ich denke, da nagt es immer irgendwo an einem. (B03, Pos. 473-480)

Im Arbeitskontext hat es die Mehrheit der Interviewten jedoch geschafft, die belastenden Erlebnisse zu bewältigen. Im Gegensatz zu anderen belastenden beruflichen Ereignissen berichteten die Befragten davon, dass suizidale Ereignisse mehr Zeit zur Verarbeitung benötigen und dass die Bewältigung herausfordernder ist.

Die haben mich mehr beschäftigt, das würde ich schon sagen. Ob weniger gut bewältigt, jetzt heute rückblickend würde ich schon sagen, dass ich sie gut bewältigt habe. Damals war es schon heftiger als andere Erfahrungen im Arbeitsalltag. (...) Im Nachhinein glaube ich, dass ich sie schon bewältigt habe, aber damals hat es sicherlich länger gedauert als andere Erfahrungen. (B06, Pos. 230-235)

Nur zwei Interviewte berichteten davon, dass die Bewältigung der Ereignisse noch nicht vollständig gelungen sei.

Und da bin ich tatsächlich immer noch nicht auf einem wirklich grünen Zweig. Ich kann das kopfmäßig schon klar sagen, dass es ihre Entscheidung war, nicht meine, aber andererseits, wäre ich vielleicht 5 Minuten früher rumgegangen (...). (B08, Pos. 185-189)

Es ist immer ein bisschen schwierig zu sagen, ob das gut bewältigt ist, weil ich immer noch das Gefühl habe, dass da ein zwei Dinge offen sind, weil das ein langer Prozess ist. Das ist zwar auch schon 4 Jahre her, aber ich glaube, dass ich schon einen recht guten Umgang damit gefunden habe und dass dieser Prozess gut läuft. Ich glaube, da sind immer noch so Punkte, die so aufkommen, aber an sich konnte ich einen guten Umgang damit finden. (B09, Pos. 314-321)

5.3 Auswertung der Zusammenhänge und Unterschiede

Nachdem ich jede Kategorie einzeln beschrieben habe, werde ich im folgenden Abschnitt darauf eingehen, was mir besonders aufgefallen ist und wo mögliche Zusammenhänge oder Unterschiede zwischen den Kategorien und Befragten bestehen.

Zusammenhänge existieren zwischen mehreren Kategorien. So beschrieben eher diejenigen die Suizidform als einen belastenden Faktor, die einen vollendeten Suizid erlebt hatten. Die Personen, die eine intensive Beziehung zu den Klient*innen pflegten, berichteten zudem vermehrt von Schuldgefühlen und waren eher von Trauer betroffen. Darüber hinaus waren jene Teilnehmende, die sich strukturelle Veränderungen wünschten, auch eher durch strukturelle Defizite belastet. In Bezug auf die Bewältigung nutzten diejenigen, die den kollegialen Austausch wahrnahmen parallel auch Supervisionen, obwohl diejenigen, die über Supervisionen sprachen auch eine Belastung durch strukturelle Defizite äußerten.

Neben den Zusammenhängen wurden auch Unterschiede erkannt. Dabei wird zunächst auf die Unterschiede zwischen den Personen eingegangen, die die belastenden Ereignisse zum einen gut, zum anderen weniger gut bewältigt haben. Auffällig war, dass die beiden Personen, die das Erlebte weniger gut bewältigt haben, von schlechten Erfahrungen in Bezug auf die Supervision berichteten und als einzige Personen die psychologische Unterstützung als Bewältigungsmethode ansprachen. Zudem existierte nicht die Möglichkeit, Abschied von den Suizidant*innen zu nehmen.

Weiterhin wurde zwischen berufsunerfahrenen und -erfahrenen Personen gruppiert. Ausschlaggebende Unterschiede waren hier, dass sich Berufsanfänger*innen nach einem belastenden Ereignis eher mit dem eigenen Tod auseinandersetzten. Des Weiteren konnten Berufserfahrene negative Gefühle, die

durch ein suizidales Ereignis entstanden waren, eher zulassen und eingestehen. Anders als Berufsanfänger*innen betrachteten sie Suizidalität als eine Chance, um beruflich daran zu wachsen. Berufserfahrene waren weniger negativ auf das Thema Suizidalität fokussiert.

6. Diskussion

Die im vorherigen Kapitel präsentierten Ergebnisse werden in diesem Teil der Arbeit zum Beantworten der Forschungsfragen herangezogen, dazu werden hypothetische Erklärungen generiert und unter Einbezug des theoretischen Forschungsstandes diskutiert. Um die beschriebenen Ergebnisse in einen Zusammenhang zu bringen und übersichtlich darzustellen, wurden in einem Modell, das sich an dem der Belastungsfaktoren von Lasogga und Karutz (2011) orientiert, die relevanten Ergebnisse dargestellt. Das ursprüngliche Modell (siehe Kap. 2.4.1.1) wurde im Hinblick auf belastende Einsätze im Rettungswesen entwickelt. Von mir wird es nun mit dem Fokus auf den Umgang mit Suizidalität weiterentwickelt. In dieser Arbeit soll das Modell einzig dazu dienen, die Ergebnisse übersichtlicher darzustellen. Weiterhin wird auf die Limitationen dieser Arbeit und die Einhaltung der Gütekriterien der qualitativen Forschung eingegangen. Zusätzlich werden Anregungen für zukünftige Forschungen gegeben und die praktischen Implikationen dieser Arbeit betrachtet.

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse in einem Modell

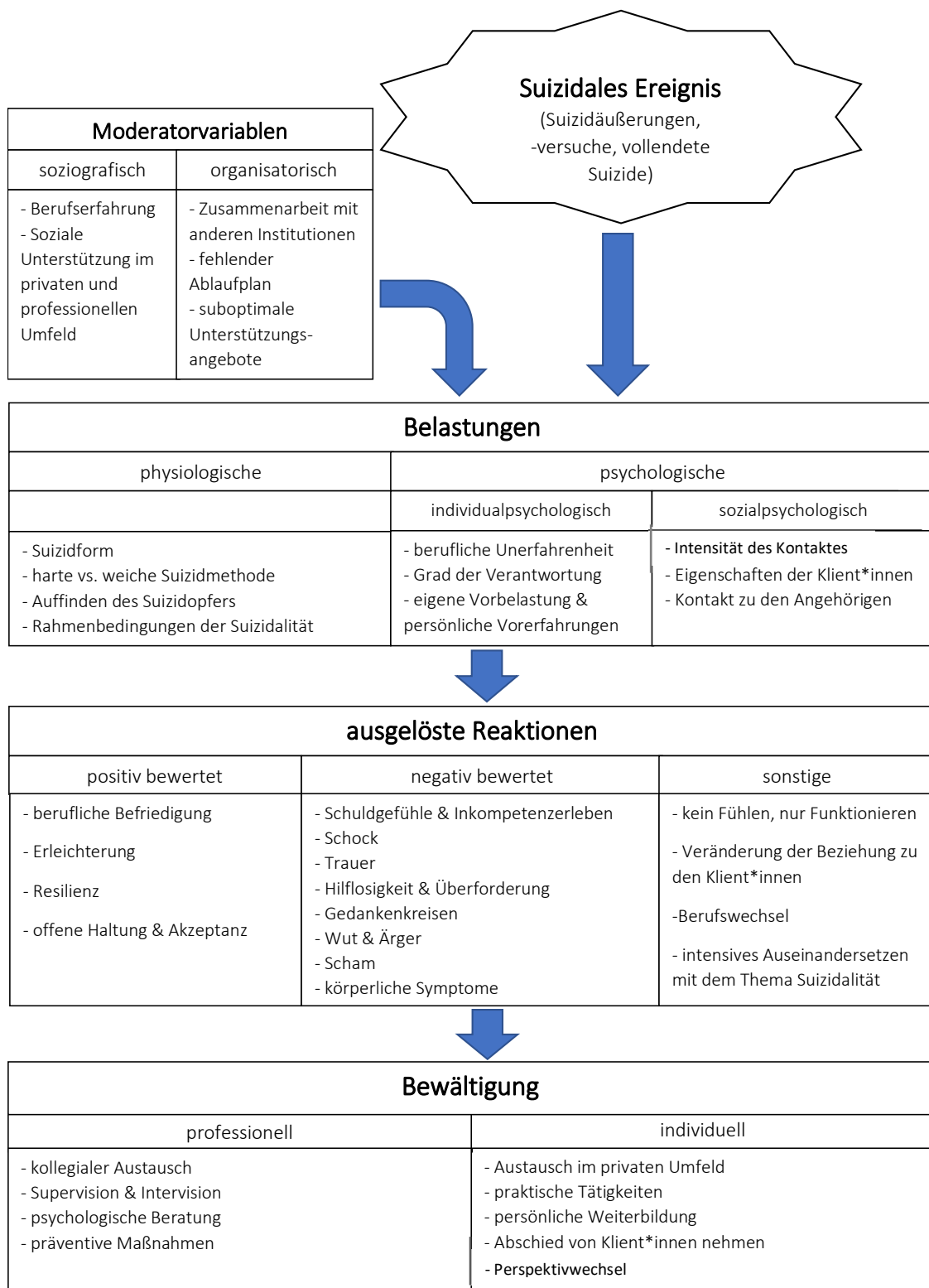


Abbildung 7. Weiterentwicklung des Modells von Lasogga und Karutz (2011) zur Zusammenfassung der relevanten Ergebnisse

6.2 Interpretation der Ergebnisse

Die Arbeit zielt darauf ab, die Kernfrage zu beantworten, wie mit suizidalen Ereignissen im professionellen Helfersystem, speziell in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung, umgegangen wird. Dafür wurden zwei Forschungsfragen gebildet, bei denen zum einen das Erleben dieser Ereignisse von Bedeutung ist. Das heißt, es wurde untersucht, inwiefern Mitarbeitende durch Suizidalität belastet waren und welche Reaktionen durch ein solches Ereignis ausgelöst wurden. Zum anderen ist die Bewältigung dieser Ereignisse, mit einem Fokus auf professionelle und individuelle Bewältigungsmethoden, zentral. Dafür wurden neun Interviews mit Mitarbeitenden aus psychiatrisch und psychosozialen Berufsfeldern geführt, in denen sie von belastenden suizidalen Ereignissen am Arbeitsplatz berichteten.

6.2.1 Das Erleben von Suizidalität im professionellen Kontext

Aufschluss über das Erleben von suizidalen Ereignissen soll die folgende Forschungsfrage geben: *Wie erleben Mitarbeitende, die in der psychiatrischen oder psychosozialen Versorgung arbeiten, die Suizidalität von Klient*innen in ihrem Arbeitsalltag und inwiefern sind sie dadurch belastet?* Suizidalität ist in den Berufsfeldern der Interviewten ein relevantes Thema, so erlebte die Mehrheit der Befragten in ihrer beruflichen Laufbahn mindestens einen vollendeten Suizid. Ein Großteil der Teilnehmenden kommt regelmäßig in Kontakt mit suizidalen Ereignissen. So ist das Erleben von Suizidalität in psychiatrisch-psychosozialen Versorgungseinrichtungen fast unumgänglich.

Alle Befragten waren durch erlebte Suizidalität im Berufsalltag belastet. Die Mehrheit der Teilnehmenden schilderte belastende Ereignisse, in denen sie mit einem vollendeten Suizid konfrontiert waren. Das lässt darauf schließen, dass der vollendete Suizid als Form von Suizidalität als belastender empfunden wird, als andere Formen. Dies deckt sich ebenfalls mit den Funden, bei denen die Suizidform und die -methode von den Interviewten als ein Belastungsfaktor angegeben wurde. Demnach sind suizidale Ereignisse für die Betroffenen belastender, wenn sie im Arbeitsalltag mit einem vollendeten Suizid konfrontiert werden (Hypothese 1). Neben der Suizidform war auch die Suizidmethode ein relevanter belastender Faktor. Alle Interviewten, die eine Belastung durch einen vollendeten Suizid erfuhren, waren mit

harten Suizidmethoden, wie dem Erhängen, Strangulieren oder dem Bahnsuizid, konfrontiert. Das Ausmaß der Belastung ist demnach davon abhängig, mit welchen Suizidmethoden die Mitarbeitenden konfrontiert waren. Es ist davon auszugehen, dass die Belastung bei einer Konfrontation mit harten, besonders aggressiven Suizidmethoden ausgeprägter ist als bei den sogenannten weichen Suizidmethoden (Hypothese 2).

Der häufigste Belastungsfaktor, der von den Interviewten geäußert wurde, war die Intensität des Kontaktes zu dem/der Klient*in. Die Intensität des Kontaktes war umso größer, je länger die Klient*innen betreut wurden und je regelmäßiger der Kontakt bestand. Alle Interviewten, die belastendes suizidales Verhalten im professionellen Kontext erlebten, beschrieben eine intensive Beziehung zu den Klient*innen. Zudem waren Personen, die eine vertraute Beziehung zu den Suizidant*innen pflegten, vermehrt von Schuldgefühlen und Trauer betroffen. Das Ausmaß der Trauer in Abhängigkeit von der Intensität der Beziehung griffen ebenfalls Becker et al. (2017) sowie Schmidtke und Schaller (2012) auf, die davon ausgehen, dass die Trauerreaktion der Betroffenen umso ausgeprägter ist, je intensiver und längerfristiger das Verhältnis zu den Klient*innen bestand. Eine intensive Beziehung zeichnete sich auch dadurch aus, dass Kontakt zu den Angehörigen der Suizidant*innen bestand. Zu einer schlechteren Abgrenzung führt zudem Sympathie, die man für die Klient*innen empfindet sowie Ähnlichkeit, beispielsweise, wenn die Betroffenen in einem ähnlichen Alter waren und die Probleme der Klient*innen nachvollziehen konnten. Daraus lässt sich schließen, dass die Intensität des Kontaktes zu den Klient*innen der größte Prädiktor für eine emotionale Belastung ist. Je geringer die professionelle Distanz zu den Klient*innen ist, desto umfangreicher ist auch die Belastungsreaktion (Hypothese 3).

Als zweithäufigster Belastungsfaktor erwiesen sich strukturelle und organisatorische Defizite. Nach Lasogga und Karutz (2011) führen stark negativ ausgeprägte organisatorische Moderatorvariablen zu einer starken Belastung. Ähnliches fand sich auch in diesen Ergebnissen wieder. Besonders belastend war die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, das Fehlen eines Ablaufplans, der vor allem für Berufsunerfahrene unterstützend wirkte, und Unterstützungsangebote, die organisatorisch nicht optimal verliefen. Auffällig war, dass vor allem Personen, die eine weniger intensive Beziehung zu den Klient*innen beschrieben, durch

organisatorische Merkmale belastet waren. Demnach kann man davon ausgehen, dass Personen, die weniger emotional durch einen Suizid belastet sind, vor allem eine Belastung durch strukturelle und organisatorische Defizite verspüren (Hypothese 4). Vermehrte Kritik wurde an der Supervision geübt. So waren diejenigen, die über Supervisionen sprachen, auch eher von strukturellen und organisatorischen Defiziten belastet. Nach Lasogga und Karutz (2011) und Illes et al. (2015) spielt auch die Qualität und Quantität der sozialen Unterstützung am Arbeitsplatz eine Rolle. Diesbezüglich bewältigen Menschen mit einem unterstützenden sozialen Netzwerk Stress und belastende Situationen schneller (Lasogga & Karutz, 2011). Wenn den Betroffenen die entsprechende Unterstützung jedoch verwehrt bleibt oder sie diese nicht in der Qualität bekommen, wie sie es sich wünschen, kann das zusätzlich ein organisationaler Belastungsfaktor sein. Wichtig ist den Interviewten besonders die Unterstützung von Vorgesetzten, demnach sollten diese anwesend sein und sich Zeit für ein entlastendes Gespräch nehmen und angemessen auf das Erlebte reagieren. Neben der Rolle der Vorgesetzten ist es auch wichtig, dass kurz nach dem Ereignis eine Person oder das Team erreichbar ist, um das Erlebte zu besprechen, aufgefangen zu werden und sich Rat einzuholen.

Ein weiterer relevanter Belastungsfaktor war die berufliche Unerfahrenheit, die auch Lasogga und Karutz (2011) aufgriffen. Demnach können erfahrene Mitarbeitende besser mit belastenden Situationen umgehen (Grad et al., 1997; Hendin et al., 2004; Lasogga & Karutz, 2011). Einige Interviewte berichteten, dass sie zu dem Zeitpunkt des belastenden Ereignisses beruflich unerfahren waren und wenig Vorerfahrungen im Kontakt mit suizidalen Klient*innen aufwiesen, deshalb war für einige die erste Konfrontation mit einem suizidalen Ereignis am schlimmsten. Zur beruflichen Unerfahrenheit trägt auch eine mangelnde Ausbildung bei, die Kenntnisse, die in dem jeweiligen Berufsfeld benötigt werden, nur unzureichend vermittelt. Die berufliche Erfahrung wirkte sich unterschiedlich auf die Bewältigung der suizidalen Ereignisse aus. Berufserfahrene entwickelten, im Gegensatz zu weniger Berufserfahrenen, durch Routine im Umgang eine offenerere Haltung zu Suizidalität und konnten sich negative Gefühle besser eingestehen und zulassen. Ebenso waren Berufserfahrene weniger negativ auf das Thema fokussiert und betrachteten Suizidalität als eine Chance, um beruflich daran zu wachsen. Zudem waren Berufserfahrene weniger geschockt vom Erleben von Suizidalität. Dies sind

wahrscheinlich Effekte, die auch Grad et al. (1997) und Hendin et al. (2004) beobachteten, sodass sie zu dem Entschluss kamen, dass belastende suizidale Ereignisse am Arbeitsplatz umso besser verarbeitet werden, je erfahrener man ist. Daraus lässt sich schließen, dass eine mangelnde Berufserfahrung zu ausgeprägteren negativen Reaktionen bezüglich eines suizidalen Ereignisses führt (Hypothese 5).

Ebenso interessant war der Faktor des Grades der Verantwortung, der in der Literatur bislang nicht zu finden ist. Für die Interviewten war es belastender, wenn sie die alleinige Verantwortung für Klient*innen trugen und Entscheidungen treffen mussten, die im schlimmsten Fall in einem Suizid des/der Klient*in resultierten. Entlastend war es dagegen, wenn die Verantwortung von mehreren Personen getragen wurde oder die Verantwortung von Vorgesetzten abgenommen wurde. Eine hohe Verantwortung in Kombination mit beruflicher Unerfahrenheit kann möglicherweise in Gefühlen der Überforderung und Hilflosigkeit resultieren und damit die Belastungsreaktion verstärken (Hypothese 6).

Eine Studie von Callahan (2000) mit Teilnehmenden einer Selbsthilfegruppe für Suizidhinterbliebene zeigte, dass das Auffinden der Leiche nach einem Suizid der stärkste Prädiktor für eine ausgeprägte Belastungsreaktion ist. Als stärksten Prädiktor konnte ich das Auffinden des Suizidopfers nicht identifizieren. Das kann aber auch an der kleinen Fallzahl liegen, die die Arbeit untersuchte und dass nur ein Befragter diese Situation erlebte. Ein Interviewter berichtete davon, dass er die Suizidantin leblos auffand und sie reanimierte. Da er das Ereignis bis heute immer noch nicht bewältigt hat, kann ich nur spekulieren, dass das Auffinden des Suizidopfers zu einer starken Belastungsreaktion beiträgt. Denkbar wäre, dass die Belastung beim Auffinden des Suizidopfers umso stärker ist, je intensiver die Beziehung zu dem/der Suizidant*in war (Hypothese 7). Diese Hypothese könnte auch dadurch gestützt werden, dass Callahan in seiner Untersuchung Angehörige befragte, die vermutlich eine enge Beziehung zu den Suizidant*innen pflegten.

Ob eine Situation als belastend eingeschätzt wird, kann von den persönlichen Vorerfahrungen abhängen. Diesen Belastungsfaktor bezeichnen Lasogga und Karutz (2011) als einen individualpsychologischen. Dementsprechend kann die Belastungsreaktion durch negativ erlebte Erfahrungen in Bezug auf Suizidalität beeinflusst werden. Drei Interviewte berichteten von Vorerfahrungen mit Suizidalität

im privaten Kontext und dass dies ihr späteres Arbeiten prägte. Es ist davon auszugehen, dass sich eigene negative Vorerfahrungen, die mit Suizidalität gemacht wurden, auf die Bewertung der Situation auswirken. Folglich wird eine Situation von einer Person umso belastender eingeschätzt, wenn sie in der Vergangenheit im privaten oder professionellen Kontext negative Erfahrungen mit Suizidalität gemacht hat (Hypothese 8).

Belastend können auch die Rahmenbedingungen eines Suizides sein. In dem Kontext spreche ich vor allem von dem Zeitpunkt des Suizides und den Gründen für den Suizid. Ein Suizid ist meist ein unerwartet eintretendes Ereignis (Brockmann et al., 2005), entweder waren Anzeichen nicht vorhanden oder das suizidale Verhalten fand in einer Zeit statt, in der nicht damit gerechnet wurde. So kann ein suizidales Ereignis beispielsweise in einer Phase des therapeutischen Hochs stattfinden, wenn ein Zusammenarbeiten gut gelingt und Fortschritte gemacht werden. Ebenso wird ein Suizid als weniger belastend beschrieben, wenn die Gründe für diesen nachvollziehbar sind, beispielsweise wenn dieser aus schwerer Krankheit heraus entstand. Belastend hingegen ist es, wenn die Gründe für den Suizid unbekannt sind und dieser nicht rekonstruiert werden kann. Hier spielt Unwissenheit eine große Rolle. Unwissenheit kann ebenfalls dann belastend sein, wenn im Falle eines Suizidversuchs oder kommunizierten Suizidgedanken, Klient*innen nicht zu erreichen sind und Unsicherheit aufkommt, ob es ihnen gut geht. Somit kann Unwissenheit über den Tathergang bei einem Suizid oder dem Zustand des/der Klient*in nach einem Suizidversuch beziehungsweise mitgeteilten Suizidgedanken die Belastungsreaktion verstärken (Hypothese 9).

Im Hinblick auf ausgelöste Reaktionen wurden vorrangig negativ bewertete Gefühle und Reaktionen identifiziert. Aber auch positive Gefühle wurden als Folge des Erlebten ausgelöst. Fast alle Befragten äußerten in Bezug auf die negativ bewerteten Gefühle, Schuldgefühle und Zweifel an den eigenen Fähigkeiten. Hauptsächlich kamen Gedanken auf, Suizidabsichten nicht frühzeitig erkannt zu haben und nicht ausreichend getan zu haben, um den Suizid zu verhindern (Karnholz, 2020). Gleichzeitig stellten die Befragten ihre eigenen Fähigkeiten infrage. Auch Gefühle der Trauer wurden geäußert. Wie Becker et al. (2017) und Schmidtke und Schaller (2012) bereits untersucht haben, war die Trauerreaktion und die damit verbundene emotionale Belastung bei den Personen am ausgeprägtesten, die eine

intensive Beziehung zum/zur Klient*in pflegten. Dass das Gefühl der Trauer nicht oft thematisiert wird, kann damit zusammenhängen, dass Trauern um die/den Verstorbene/n im Gegensatz zur Trauer der Angehörigen als unangemessen empfunden wird (Brockmann et al., 2005; Illes et al., 2015). Zusätzlich kamen Gefühle der Hilflosigkeit und Überforderung auf, wenn sich die Interviewten der Situation nicht gewachsen fühlten. In Bezug auf Suizidalität beschrieben einige Befragte eine Art Ohnmachtsgefühl, ein Gefühl der allgemeinen Hilflosigkeit bezüglich Suizidalität. Weitere negative Gefühle waren Ärger und Wut, die sich gegen den/die Suizidant*in richteten und Scham davor, seine Haltung gegenüber Suizidalität den Kolleg*innen mitzuteilen.

Insbesondere Berufserfahrene hatten durch ihre Erfahrungen im Umgang mit suizidalen Klient*innen eine offenere Haltung zum Thema Suizidalität entwickelt. So wurden auch positive Gefühle beschrieben, die durch ein suizidales Ereignis ausgelöst wurden. Wenn gemeinsam mit den Klient*innen suizidale Tendenzen und Gedanken gemeistert werden konnten, berichteten die Interviewten davon, dass dies in ihnen ein Gefühl der beruflichen Befriedigung auslöste. Berufserfahrene betrachteten Suizidalität als eine Chance, um beruflich daran zu wachsen. Zudem entwickelte sich bei den Berufserfahrenen eine offenere Haltung gegenüber Suizidalität und eine Akzeptanz dahingehend, dass Suizide für einige Menschen eine Lösung sind und einen Ausweg darstellen. Das Erlebte hat die Befragten in dem Sinne beeinflusst, dass sie schwierige Fälle besser bewältigen können und sie durch suizidale Ereignisse weniger belastet sind. Langfristig bewirkt das Bewältigen von Suizidalität also einen Zustand der Resilienz bei den Betroffenen (Hypothese 10). Ein Suizid konnte zudem Erleichterung bei einigen Befragten auslösen. Erleichternd waren Suizide dann, wenn sie aus einem Leid wie einer schweren physischen oder psychischen Erkrankung entstanden.

Neben den ausgelösten Gefühlen wurden auch spezifische Reaktionen angesprochen, die durch eine Konfrontation mit einem suizidalen Ereignis verursacht wurden. Kurz nach dem Ereignis trat ein Schockzustand ein vor allem dann, wenn das suizidale Ereignis unerwartet und überraschend erschien. Es wurde jedoch berichtet, dass ein Schock seltener auftrat, wenn die Interviewten Routine im Umgang mit suizidalen Klient*innen erreicht hatten. Demnach sind vor allem Berufsanfänger*innen von einem Schock nach einem suizidalen Ereignis betroffen.

Je berufserfahrener und routinierter die Mitarbeitenden im Umgang mit suizidalen Patient*innen werden, desto weniger sind sie von einem eintretenden Ereignis geschockt (Hypothese 11). Da nach einem Suizid oder Suizidversuch bestimmte Abläufe zu erledigen sind, um beispielsweise Hilfen zu koordinieren oder eine Reanimation durchzuführen, ist erst einmal keine Zeit, um ins Fühlen zu kommen. Kurz nach dem Ereignis sind die Betroffenen nach einem vollendeten Suizid oder einem Suizidversuch in einem Organisationsmodus, funktionieren erst einmal nur und können sich nicht an Gefühle erinnern. Diese Reaktion könnte eventuell mit der Schwere des Falls oder dem Grad der Verantwortung, den die Betroffenen verspüren, zusammenhängen (Hypothese 12). Besonders belastete Befragte äußerten einen Zustand der inneren Zerrissenheit in der Hinsicht, dass sie einerseits eine hohe Verantwortung für den/die Suizidant*in verspürten und andererseits wissen, dass das Erlebte nicht in ihrer Verantwortung lag. Folglich könnte der Zustand der Ambivalenz als ein Indikator für eine ausgeprägte Belastungsreaktion dienen. Eine weitere typische Reaktion war das Gedankenkreisen. Betroffene mussten ständig an den belastenden Fall denken, auch außerhalb der Arbeitszeit. Neben dem Fall wurde auch über den Verstorbenen nachgedacht. Bei ausgeprägten Belastungen ist es denkbar, dass diese Reaktion noch lange nach dem Ereignis präsent ist (Hypothese 13). Eine Belastungsreaktion kann sich zudem langfristig auf körperlicher Ebene auswirken und kann mit verschiedenen körperlichen Symptomen einhergehen (Illes et al. 2015). So wurden beispielsweise Schlafstörungen thematisiert.

Das Erlebte beeinflusste die Arbeit der Interviewten dahingehend, dass ein intensiveres Auseinandersetzen mit dem Thema Suizidalität erfolgte und sensibler auf erste Anzeichen und Signale geachtet wurde. Erwähnt wurde auch, dass die Beziehung zu den Klient*innen verändert wurde, um sich vermehrt abzugrenzen. Eine extreme Maßnahme, die von einem Interviewten ergriffen wurde, war der Berufswechsel, in Folge von kollegialen Unstimmigkeiten nach einem suizidalen Ereignis. Diesen hatten auch Alexander et al. (2000) und Goldstein und Buongiorno (1984) in ihren Studien als ein Resultat einer starken Belastung thematisiert.

6.2.2 Die Bewältigung von Suizidalität im professionellen Kontext

Die Bewältigung suizidaler Ereignisse wird mit der zweiten Forschungsfrage repräsentiert: *„Wie wird die daraus resultierende Belastung im professionellen Kontext bewältigt und welche individuellen Bewältigungsmethoden werden wahrgenommen?“*

Die professionelle Bewältigung thematisiert Unterstützungsangebote, die von den Befragten im professionellen Rahmen genutzt wurden. Am wertvollsten war für die Interviewten der kollegiale Austausch, bei dem zunächst mit engen Kolleg*innen und später im gesamten Team über ausgelöste Gefühle und Erfahrungen gesprochen wurde. Im Bewältigungsprozess spielen neben den Kolleg*innen auch die Vorgesetzten eine zentrale Rolle, denn während Kolleg*innen zuhören und Rat geben konnten, waren Vorgesetzte, durch das Rückmelden von positivem Feedback in der Lage, Schuldgefühle und das Zweifeln an den eigenen Fähigkeiten zu nehmen. In zwei Studien wurde ebenfalls bestätigt, dass kollegialer Austausch am hilfreichsten ist. So wurde in den Studien von Grad et al. (1997) und Alexander et al. (2000) der kollegiale Austausch als eine der hilfreichsten Interventionen betrachtet. Callahan (2000) identifizierte in seiner Studie den Austausch über ein belastendes Ereignis als den stärksten protektiven Faktor.

Supervisionen wurden grundsätzlich als hilfreich erachtet, besonders dann, wenn die Interviewten in einer vertrauensvollen Atmosphäre die Möglichkeit bekamen, offen ihre Gefühle zu äußern. Diejenigen, die von Supervisionen berichteten und das Erlebte weniger gut bewältigt hatten, äußerten jedoch auch strukturelle Defizite. Supervisionen waren zu unflexibel und fanden immer zu festen Terminen statt, demnach bestand beim Auftreten eines belastenden Ereignisses nicht immer die Möglichkeit professionell aufgefangen zu werden. Zudem sollte der Kreis der Teilnehmenden gering gehalten und ausreichend Zeit für die Supervision eingeplant werden, da jeder Teilnehmende ein Anliegen mitbringt und genügend Zeit vorhanden sein sollte, um alle aufkommenden Themen zu besprechen. Dabei sollten Supervisor*innen unabhängig sein und Expertise aufweisen. Mögliche negative Effekte von Unterstützungsangeboten schilderten ebenfalls Goldstein und Buongiorno (1984), die anführen, dass die Betroffenen zunächst Zeit bräuchten, um das Erlebte erst einmal selbst verarbeiten zu können und Supervisionen demzufolge nicht sofort nach einem belastenden Ereignis stattfinden sollten. Vergleichbar mit der

Supervision ist die Intervention, die genutzt wurde, um sich mit Kolleg*innen, die aus dem gleichen Berufsfeld stammen, über belastende und schwierige Fälle auszutauschen.

Die Ergebnisse einer Studie von Alexander et al. (2000) zeigten, dass das Aufsuchen von professionellen Helfer*innen, wie das Nutzen von psychologischen Beratungsangeboten zur Verarbeitung des Geschehens, einen besonders hohen Stellenwert hatte. Dies wurde in den Interviews wenig angesprochen. Ursächlich dafür kann sein, dass die Interviewten das Erlebte durch vorher greifende Unterstützungsangebote so gut bewältigen konnten, dass eine psychologische Beratung nicht mehr als notwendig betrachtet wurde. Zudem auch, dass Betroffene negative Gefühle oft als unangemessen betrachten (Illes et al., 2015) und aus Angst oder Scham vor Verurteilung der Kolleg*innen, keine externe professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Dennoch stelle ich die These auf, dass der kollegiale Austausch hilfreicher ist als das Wahrnehmen psychologischer Unterstützungsangebote (Hypothese 14), da der Austausch unter Kolleg*innen unter anderem verfügbarer ist.

Zusätzlich nicht genutzt wurden Suizidnachbesprechungen, die in der Studie von Alexander et al. (2000) ebenso einen hohen Stellenwert hatten. Ein Interviewter berichtete davon, dass Debriefing eine Traumatisierung sogar begünstigen soll:

Bei der Tsunami-Katastrophe in Südostasien hat man das herausgefunden, dass dieses Debriefing, durchgeführt von Psychologen, bei Ersthelfern dazu geführt hat, dass viel häufiger eine PTBS entwickelt wurde, als wenn das eben auf kollegialer Ebene besprochen wird, beispielsweise mit Notfallseelsorgern etc. Da geht es ja eher darum: "Du bist jetzt hier an einem sicheren Ort im Hier und Jetzt und die schrecklichen Ereignisse sind jetzt vorbei" und so weiter. Das ist besser als jedes Mal wieder haarklein das Erlebte zu besprechen, vor allem in den ersten 48 Stunden. (B08, Pos. 268-278)

Ergänzend dazu, konnte ich präventive Maßnahmen, die im professionellen Rahmen durchgeführt wurden, um bei geäußerten Suizidgedanken oder Suizidversuchen zu verhindern, dass es zu einem vollendeten Suizid kommt, als eine Bewältigungsmethode identifizieren. Nach Illes et al. (2015) kann es ein protektiver Faktor sein Risikofaktoren und erste Anzeichen von Suizidalität zu erkennen, um

frühzeitig intervenieren zu können. So wurden von den Interviewten Weiterbildungen im professionellen Rahmen genutzt oder konkrete Maßnahmen mit Klient*innen durchgeführt, um suizidale Ausführungstendenzen reduzieren zu können und suizidale Absichten effektiver erkennen zu können. Für eine optimale Verarbeitung des Erlebten wünschten sich die Interviewten zudem einen offeneren Umgang mit dem Thema Suizidalität im Team, aber auch in der Gesellschaft. Entgegen der Annahme von Lasogga und Karutz (2011), dass die Auseinandersetzung mit den Angehörigen nach einem Suizid einen Belastungsfaktor darstellt, kann ein Gespräch mit den Angehörigen nach einem Suizid gegebenenfalls hilfreich sein, da man das Erlebte so besser abschließen kann. Ob das Gespräch mit den Angehörigen als hilfreich erachtet wird, ist wahrscheinlich abhängig von den Reaktionen des Umfelds des/der Suizidant*in.

Die persönliche Bewältigung umfasst alle Bewältigungsmethoden, die in einem persönlichen Rahmen durchgeführt wurden. Trotz der Individualität dieser Methoden, konnten einige relevante Faktoren identifiziert werden. Die wichtigste Ressource für die Teilnehmenden ist, wie bei den professionellen Bewältigungsmethoden auch, das Sprechen über die belastenden Ereignisse. Dies geschieht im familiären Umfeld oder im Freundeskreis. Der zweithäufigste Faktor war praktische Tätigkeiten zu vollführen, wie beispielsweise das Produzieren von Musik oder das Schreiben über das Ereignis. Als hilfreich empfunden wurden zusätzlich Sport und Bewegung sowie Meditations- und Entspannungsübungen. Auch bei den persönlichen Bewältigungsmethoden spielte die Weiterbildung eine Rolle, diese fand hier jedoch außerhalb des professionellen Rahmens statt, indem sich selbst Wissen und Kompetenzen zum Thema angeeignet und die eigenen Gefühle und Verhaltensweisen reflektiert wurden. In der Studie von Alexander et al. (2000) war es für die belasteten Therapeut*innen hilfreich, die Trauerfeier des/der Verstorbenen zu besuchen. Dies wurde auch in den Interviews thematisiert. Neben dem Besuchen der Beerdigung des/der Klient*in, wurde ein allgemeines Abschiednehmen als gleichermaßen hilfreich erachtet. Es ist anzunehmen, dass das Abschiednehmen von den Klient*innen besonders dann zur Bewältigung beiträgt, wenn eine intensive Beziehung zu diesen bestand (Hypothese 15). Dies dient vor allem dazu das erlebte Ereignis abschließen zu können. Des Weiteren können die Angehörigen der Suizidant*innen und eventuelle Mitpatient*innen dadurch hilfreich sein, dass sie einen Perspektivwechsel bei den

Betroffenen anregen, sodass die Situation neu betrachtet und reframed wird. Weitere Bewältigungsmethoden waren das Beschäftigen mit dem eigenen Tod, das einzig von Berufsanfänger*innen genutzt wurde, da sie erst eine Haltung zum Thema Suizidalität und Tod gewinnen mussten, Essen und Trinken und die Ablenkung durch die Arbeit. Trotz einiger für relevant befundener Faktoren, ist die persönliche Bewältigung individuell und jeder sollte für sich selbst herausfinden, was als wohltuend und heilend empfunden wird.

6.3 Gütekriterien

Da quantitative Kriterien für die Bewertung qualitativer Forschung nicht geeignet sind, muss auf andere Kriterien zurückgegriffen werden. Um die Qualität qualitativer Forschung zu bestimmen, gibt es verschiedene Ansätze, die unterschiedliche Kriterien formulieren. Bewährt haben sich die Kernkriterien von Ines Steinke (2000), die in dieser Arbeit Verwendung finden. Zusätzlich wurden die Gütekriterien nach Kuckartz (2018) verwendet, um die Qualität der qualitativen Inhaltsanalyse zu bestimmen.

Das Hauptkriterium für qualitative Forschung ist die intersubjektive Nachvollziehbarkeit, also die Transparenz des Forschungsprozesses für die Leser*innen. Nach Steinke (2000) kann diese zum einen durch eine fortlaufende Dokumentation des Forschungsprozesses erreicht werden, um die Untersuchung Schritt für Schritt nachvollziehbar zu gestalten. Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit beinhaltet das Darlegen des Vorwissens des/der Forschenden, die Dokumentation der Erhebungsmethoden, der Transkriptionsregeln, der Auswertungsmethode sowie der Daten und der Informationsquellen. Zum anderen ermöglicht die Verwendung kodifizierter Verfahren durch deren Regelgeleitetheit einen Nachvollzug der Untersuchung. In dieser Arbeit versuchte ich den Forschungsprozess so transparent wie möglich darzustellen. Dafür wurde mein Vorwissen anhand meines erstellten Literaturteils dargelegt. Zusätzlich zu der Begründung meiner Wahl der Forschungsmethode wurden die verwendeten Erhebungs- und Auswertungsverfahren samt des Erhebungskontextes beschrieben. Die Transkriptionsregeln und der Interviewleitfaden befinden sich im Anhang dieser Bachelorarbeit. Zusätzlich zu dem gedruckten Anhang wurden weitere Dokumente,

die für die Dokumentation des Forschungsprozesses von Bedeutung sind, in dieser Arbeit elektronisch angehängt. In diesem erweiterten Anhang befinden sich unter anderem die kodierten Interviews und der Kodierleitfaden, um transparent darzustellen, wie die Kategorien entworfen wurden. Für eine eindeutige Dokumentation der Informationsquellen wurden die Zitate der Interviewten als Blockzitate kenntlich gemacht und mit einem Verweis auf die Textstelle im Interview versehen. Die einzelnen kodierten Segmente mit allen Zitaten der Interviewten befinden sich im Anhang dieser Arbeit. Nachvollziehbarkeit ist in dieser Arbeit ebenfalls dadurch gewährleistet, dass ich auf ein kodifiziertes Verfahren zurückgriff und computergestützt arbeitete. Durch das Bereitstellen der Projektdatei im erweiterten Anhang wird zusätzlich Transparenz erreicht.

Ein weiteres wichtiges Kriterium ist die Gegenstandsangemessenheit des qualitativen Vorgehens. Von Bedeutung ist die Indikation der Methodenwahl, der Transkriptionsregeln und der Samplingstrategie. Das qualitative Vorgehen ist in Bezug auf die Forschungsfrage, die explizit nach subjektiven Einstellungen fragt, angemessen. Neben dem rein qualitativen Verfahren wäre denkbar gewesen, eine Kombination aus quantitativen und qualitativen Verfahren anzuwenden. Konkret hätte dies im Rahmen meiner Fragestellung bedeutet, dass ich anhand eines Fragebogens zunächst die Belastung der Teilnehmenden erfragt hätte und anhand dieser Ergebnisse Interviews mit stark belasteten und weniger belasteten Teilnehmenden geführt hätte. Die Wahl der Erhebungsmethode ließ den Untersuchten genug Raum, ihre subjektiven Sichtweisen darzustellen, indem sie die Möglichkeit bekamen, ihre Erfahrungen durch selbstgewählte Beispiele zu schildern. Die von mir gewählte Samplingstrategie ermöglichte mir, die Interviews mit Expert*innen durchzuführen, dabei konnte durch die Heterogenität der Stichprobe Variationsbreite gewährleistet werden. Der Verlauf der Interviews war nicht immer als optimal anzusehen, unter anderem durch Störungen und fehlende Interviewerfahrungen meinerseits. Wichtig ist in dem Zusammenhang auch die Einhaltung des Datenschutzes, auf die geachtet wurde, indem die Interviews von mir persönlich transkribiert und anonymisiert worden sind. Die einfachen Transkriptionsregeln nach Kuckartz (2018), die von mir verwendet wurden, erwiesen sich als leicht erlernbar und handhabbar und waren für den Kontext der Arbeit ausreichend. Hinsichtlich der gewählten Auswertungsmethode ist zu erwähnen, dass die qualitative Inhaltsanalyse nicht die einzig wählbare Methode

darstellt. So hätte beispielsweise auch das Verfahren des Zirkulären Dekonstruierens verwendet werden können. Das Ergebnis ist in beiden Verfahren ein ausdifferenziertes Kategoriensystem. Dieses erschien mir angemessen, um die vorliegenden Forschungsfragen zu beantworten.

Die empirische Verankerung beschreibt als Gütekriterium die Begründung der Daten in der Theorie, dafür sollen die aufgestellten Theorien und Hypothesen dicht an den erhobenen Daten und auf Basis einer systematischen Datenanalyse entwickelt werden. Da durch das Verwenden eines kodifizierten Verfahrens, dicht an den transkribierten Interviews gearbeitet wurde und der Analyseprozess mehrere Schritte umfasste, durch die ein mehrmaliger Rückbezug auf den Text nötig war, kann von ausreichenden Textbelegen ausgegangen werden. Auch abweichende Fälle wurden in die Arbeit eingebunden, so wurden auch Teilnehmende in den Interviewprozess einbezogen, die keinen vollendeten Suizid oder Suizidversuche erlebt hatten. Eine kommunikative Validierung der Ergebnisse, die eine Rückbindung der entwickelten Theorien an die Befragten vorsieht, konnte aufgrund der zeitlichen Beschränktheit der Arbeit nicht durchgeführt werden.

Zur Bestimmung der Güte des Auswertungsprozesses müssen andere Kriterien herangezogen werden, um zu untersuchen, was eine gute Inhaltsanalyse ausmacht. Dabei sollte das Kategoriensystem nach Kuckartz (2018) folgende Kriterien einhalten: disjunkt, plausibel, erschöpfend, gut präsentierbar, kommunizierbar. Ein disjunktes Kategoriensystem, das klar voneinander abgrenzbare Kategorien enthält, ist mir nicht gelungen, ganz im Gegenteil war die Überschneidung einiger Kategorien sogar hilfreich, um Zusammenhänge zwischen Haupt- und Subkategorien zu erkennen. Plausibilität wurde dadurch erreicht, dass im Kodierleitfaden genaue Definitionen der Kategorien angefertigt wurden und ebenfalls nachvollziehbar gemacht wurde, wie und in welchen Fällen diese kodiert wurden. Des Weiteren wurde das Kategoriensystem so lang ausdifferenziert, bis eine Sättigung erreicht war, dafür wurde das Material mehrfach durchlaufen. Gut präsentierbar und gut kommunizierbar sind die Ergebnisse zum einen durch eine übersichtliche Gestaltung des Kategoriensystems durch MAXQDA und durch die verständlichen Beschreibungen der einzelnen Kategorien.

Innerhalb der Bewertung der Qualität der Forschung soll auch auf die Limitationen und die Relevanz der entwickelten Theorien eingegangen werden. Auf diese wird in den nächsten Unterkapiteln eingegangen.

6.4 Limitationen der Arbeit

Trotz des Anspruches wissenschaftlich zu arbeiten, existieren Grenzen und Schwächen dieser Arbeit, die dieses Kapitel darstellen und erläutern wird.

Zunächst war die Erhebungssituation nicht optimal, da die Interviews aufgrund der Covid-19-Pandemie online stattfinden mussten. Somit lag das Setting des Interviews nur wenig in meiner Kontrolle. Insbesondere bei so einem sensiblen Thema wie diesem ist eine vertrauensvolle, störungsfreie Atmosphäre von Bedeutung. Diese konnte nicht immer gewährleistet werden. So kam es in den Interviews zu verschiedenen Komplikationen, wie Störungen oder technische Ausfälle. Aus diesem Grund präferiere ich face-to-face Interviews für eventuell folgende Forschung.

Ein weiteres Problem bestand dadurch, dass keine exakte Definition für Suizidalität besteht und diese infolgedessen unterschiedlich konzeptualisiert wird. Deshalb nahmen Personen an den Interviews teil, die entgegen den eigentlichen Anforderungen, keinen Suizid oder Suizidversuch erlebt hatten. Der Nachteil, der sich daraus ergab, ist, dass dies die Ergebnisse noch weniger vergleichbar machte, da jeder mit anderen Formen von Suizidalität konfrontiert war. Andererseits konnte so der Fokus in der Hinsicht erweitert werden, dass nicht nur eine suizidale Ausführung belastend sein kann, sondern auch kommunizierte Suizidgedanken, was wiederum in einer breiteren Stichprobe resultierte.

Aufgrund der qualitativen Methode, die von mir bewusst gewählt wurde, um zunächst einmal Daten zu generieren, bestand der Nachteil, dass die Intensität der Belastung nicht messbar war. Demnach konnte ich mich nur auf die Aussagen der Interviewten beziehen und aufgrund derer nur interpretieren, wie stark deren Belastung war. Daraus ergibt sich die Problemstellung, dass die getätigten Aussagen sehr subjektiv sind. Dies erfüllt dennoch den Zweck der Forschungsmethode, da eine Erzeugung objektiver und allgemeingültiger Aussagen nicht das Ziel dieser darstellt.

Obwohl es bereits Studien zum Umgang mit Suiziden im professionellen Kontext gab, sollen die Ergebnisse dieser Arbeit vorrangig einen breiteren Blick darauf werfen, wie Suizidalität in allen Ausprägungen im Kontext der professionell Helfenden, auch im nicht-klinischen Bereich, erlebt wird. Dabei sind die Resultate dieser Arbeit als Ergänzung zu den bereits bestehenden Forschungen zu sehen. Es wurden vor allem Hypothesen zu den Belastungsfaktoren und ausgelösten Reaktionen aufgestellt. Dafür wurden die einzelnen Faktoren nicht nur aufgelistet, sondern es wurde versucht, diese in einen Zusammenhang mit anderen Faktoren zu bringen. Anzumerken ist, dass die vorliegenden Ergebnisse, aufgrund einer zu kleinen Fallzahl, nicht repräsentativ sind und daher nicht überinterpretiert werden sollten. Des Weiteren sind Ergebnisse aus Interviews nur wenig vergleichbar, da sich die Fragengestaltung flexibel an das Gegenüber anpasst. Um repräsentative Aussagen erhalten zu können, müssten die von mir aufgestellten Hypothesen in weiteren Studien mit einer größeren Teilnehmendenzahl untersucht werden. Deshalb sind meine Ergebnisse nicht unbedingt auf andere Personen übertragbar, trotz dessen ist anzunehmen, dass Ähnlichkeiten zu weiteren Mitarbeitenden, die im Beruf mit Suizidalität konfrontiert sind, existieren. Das kann unter anderem dadurch sichergestellt werden, dass ich zusätzlich zu den induktiven Kategorien, deduktive Kategorien bildete, die aus der Literatur entstanden sind und die Daten anhand einer heterogenen Stichprobe erhob. Da jeder sehr individuell mit belastenden Ereignissen umgeht, ist jedoch davon auszugehen, dass spezifische Divergenzen nicht in ihrer Gänze berücksichtigt werden konnten und sich folglich nur auf die wesentlichen Ergebnisse konzentriert wurde. Weitere Untersuchungen, die in unterschiedlichen Settings stattfänden, könnten Aufschluss über zusätzliche Faktoren und Zusammenhänge geben.

6.5 Ausblick

Ergänzend zu den vorher genannten Limitationen dieser Arbeit soll in diesem Unterkapitel auf mögliche zukünftige Forschung eingegangen werden, die sich an diese Arbeit anschließen könnte.

In Bezug auf die vorliegende Forschungsfrage und die aufgestellten Hypothesen könnte zunächst ein breiteres Feld untersucht werden, das nicht nur

Mitarbeitende in der psychiatrisch-psychosozialen Versorgung einbezieht, sondern zudem jene, die in anderen Berufsfeldern mit Suizidalität in Kontakt kommen, um repräsentativere Ergebnisse zu erhalten. Ein Untersuchen möglicher Korrelate der Belastungsreaktion könnte rein quantitativ erfolgen, indem die Erfassung der soziodemografischen Daten variiert wird. Mögliche Zusammenhänge zur Belastung könnten beispielsweise durch das Erfassen der biologischen Variablen wie Alter und Geschlecht oder der Berufserfahrung identifiziert werden. Des Weiteren könnte eine Erhebung, die zunächst quantitativ erfolgt, um die Belastung zu messen, und anschließend qualitative Daten erfasst, in Betracht gezogen werden. Die Belastung könnte beispielsweise mit der Impact of Event Scale (IES-R) gemessen werden, um anschließend Personen mit einer niedrigen und einer starken Belastung zu selektieren und nachfolgend mit diesen Interviews durchzuführen. So könnte beispielsweise herausgefunden werden, was eine starke Belastung ausmacht und wie sich stark belastete Teilnehmende von gering belasteten unterscheiden. Alternativ zur Messung der Belastung könnte die Trauerreaktion durch den Grief Experience Questionnaire (GEQ) erfasst werden. Neben den Unterschieden zwischen stark und weniger stark belasteten Mitarbeitenden könnte zudem erforscht werden, ob und wie sich die Belastungsreaktion von professionell Hinterbliebenen und Angehörigen unterscheidet. Möglich wäre es auch hier, die Belastung zunächst mit einem Fragebogen zu messen, um signifikante Unterschiede zu identifizieren und die Teilnehmenden danach in Interviews zu befragen. Interessant wäre es zusätzlich zu erforschen, wie sich die Belastung, resultierend aus einem suizidalen Erlebnis, über einen längeren Zeitraum verändert. In einer Längsschnittuntersuchung könnten professionell Helfende kurz nach einem Suizid bezüglich der Belastung befragt werden, mehrere Monate danach und möglicherweise ein Jahr nach dem Ereignis. Erfragt werden könnten einerseits die Belastungsfaktoren und die ausgelösten Reaktionen und andererseits die Bewältigungsprozesse, die stattgefunden haben. Ob dieses Forschungsvorhaben jedoch ethisch vertretbar und realisierbar ist, ist fraglich.

6.6 Implikationen für die Praxis

Die Ergebnisse zeigen, dass alle Befragten durch die Konfrontation mit Suizidalität in ihrem Berufsalltag belastet sind, unabhängig von ihrer Profession. Deshalb sollte der Fokus der Personen, die in der Gesellschaft als vorrangig betroffen angesehen werden, auch auf Mitarbeitende ausgeweitet werden, deren berufliche Aufgabe nicht in erster Linie in der Therapie psychisch erkrankter Personen liegt.

Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen zu einer besseren Unterstützung jener Personen beitragen, die zum einen täglich in Kontakt mit Suizidalität kommen, aber auch denen zugutekommen, die im Beruf nur selten suizidale Ereignisse erleben. Die aufgestellten Belastungsfaktoren, die ausgelösten Reaktionen und die Bewältigungsmethoden stellen nicht alle neue Erkenntnisse dar, daher soll anhand dieser Ergebnisse bestehende Forschung ergänzt werden und durch die formulierten Hypothesen dazu angeregt werden, Zusammenhänge von einzelnen Faktoren zu erkennen, um den Betroffenen auch präventiv eine verbesserte Unterstützung zu gewährleisten. Während einige Belastungsfaktoren kompensiert werden können, wie beispielsweise die berufliche Erfahrung im Umgang mit suizidalen Personen in regelmäßigen Fort- und Weiterbildungen zu trainieren, können sich andere Belastungsfaktoren nicht vermeiden lassen, da zum Beispiel der Aufbau einer Beziehung zu den Klient*innen im Beratungskontext vonnöten ist. Folglich muss bei den Unterstützungsangeboten angesetzt werden. Brockmann et al. (2005) behaupten, es gäbe zu wenig professionelle Angebote für Suizidhinterbliebene in Deutschland. Die Meinung kann ich mit dem Blick auf meine Ergebnisse nicht teilen. Auffällig ist, dass es im psychosozialen Bereich weniger Unterstützungsangebote gibt als es im klinischen Sektor der Fall ist. Dabei ist die Relevanz von Suizidalität unabhängig von den jeweiligen Berufsfeldern. Demnach sollten in jedem Berufsfeld, in welchem auch nur die kleinste Chance besteht mit Suizidalität in Kontakt zu kommen, entsprechende Unterstützungsangebote von den leitenden Positionen etabliert werden. Kritisieren kann man, dass Unterstützung im professionellen Kontext nicht auf die Bedürfnisse der Mitarbeitenden zugeschnitten ist und dies sollte sich vor allem in Hinblick auf Supervisionen ändern. Die angebotene Unterstützung sollte flexibler und öfter abrufbar sein, zusätzlich sollte man gemeinsam im Team entscheiden, ob die Leitung eines solchen Unterstützungsangebotes von allen als passend empfunden wird. Es darf nicht der Standard sein, dass Unterstützung nur

auf der Ebene der Kolleg*innen stattfindet. Stattdessen sollte jede Organisation ein Kriseninterventionsprogramm besitzen, das auf das Erleben von Suizidalität zugeschnitten ist, denn auch wenn man beruflich nicht mit Risikoklient*innen arbeitet, kann Suizidalität auch im Kollegium auftreten.

Diese Bachelorarbeit soll zusätzlich andere Betroffene dafür sensibilisieren, sich eine eigene Belastung einzugestehen und offen anzusprechen sowie aufzeigen, dass sie mit möglichen negativen Reaktionen auf suizidale Ereignisse am Arbeitsplatz nicht allein sind und diese nicht unangemessen sind.

7. Fazit

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es zu untersuchen, wie mit Suizidalität im professionellen Helfersystem, speziell im Kontext der psychiatrisch-psychosozialen Versorgung, umgegangen wird. Für die Beantwortung der Forschungsfrage: *„Wie gehen Mitarbeitende, die in psychiatrischen oder psychosozialen Versorgungsstrukturen arbeiten, mit der Suizidalität ihrer Klient*innen um?“* wurde eine qualitative Erhebung bezüglich des Erlebens und Bewältigens von suizidalen Ereignissen mit Mitarbeitenden aus unterschiedlichen beruflichen Kontexten durchgeführt.

Obwohl die Ergebnisse der hier aufgeführten Untersuchung nicht repräsentativ und subjektiv sind, lässt sich schließen, dass das Erleben von Suizidalität im beruflichen Kontext für Mitarbeitende immer eine belastende Situation darstellt. Wodurch die Mitarbeitenden belastet waren, war individuell, jedoch lassen sich trotz der Individualität Gemeinsamkeiten der Interviewten ableiten. Die stärksten Prädiktoren für eine Belastungsreaktion scheinen die Suizidform und die -methode zu sein, die Intensität des Kontaktes, berufliche Unerfahrenheit und strukturelle und organisatorische Defizite, welche häufig von den Befragten thematisiert worden sind. Ausgelöste Reaktionen nach einem suizidalen Ereignis waren vorrangig negativ bewertet, können hingegen aber auch in positiven Empfindungen resultieren. Vor allem Schuldgefühle und Zweifel an den eigenen Fähigkeiten, Trauer und Schock waren die dominierenden Reaktionen bei den Betroffenen. Das Bewältigen eines belastenden suizidalen Ereignisses resultierte jedoch auch in Resilienz und einer

offeneren Haltung. Die Interviewten änderten durch die Konfrontation mit Suizidalität ihre Einstellungen und Verhaltensweisen dahingehend, dass sie sensibler auf erste Anzeichen und Signale achteten und sich intensiver mit der Thematik auseinandersetzten sowie suizidale Absichten und Tendenzen von Klient*innen vermehrt akzeptieren konnten. Innerhalb des Bewältigungsprozesses spielt der Austausch über das Ereignis, im professionellen Rahmen mit Vorgesetzten und Kolleg*innen und im privaten Rahmen im Freundes- und Familienkreis, eine große Rolle. Außerdem scheint dies der stärkste protektive Faktor für eine Belastungsreaktion zu sein, denn gute Bewältigung geschah hauptsächlich dann, wenn ein umfangreicher Austausch und ein Auffangen möglich war. Die Untersuchung zeigte allerdings auch, dass Unterstützungsangebote noch nicht optimal gestaltet sind, um größtmöglich unterstützend zu wirken. Viele derer sind zu unflexibel und nicht verfügbar, wenn sie gebraucht werden. Zudem existieren im psychosozialen Sektor weniger Postventionen als es im klinischen Bereich der Fall ist.

Anhand der Ergebnisse soll die bestehende Forschung ergänzt werden und durch die formulierten Hypothesen dazu angeregt werden, Zusammenhänge von einzelnen Faktoren zu erkennen, um den Betroffenen auch präventiv eine verbesserte Unterstützung zu gewährleisten. Ebenfalls soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass auch Personen, die nicht täglich mit Suizidalität konfrontiert sind, durch diese belastet sein können. Demnach sollten Unterstützungsangebote in allen Bereichen etabliert werden, in denen es zu einer Konfrontation mit Suizidalität kommen kann. Zudem sollten diese auf die Bedürfnisse der Mitarbeitenden zugeschnitten werden. Das Identifizieren von belastenden und protektiven Faktoren gewährleistet langfristig die psychische und physische Gesundheit der Mitarbeitenden. Um Betroffene auch präventiv effektiver unterstützen zu können, ist es daher unbedingt notwendig weitere Forschung im Hinblick auf die Zusammenhänge einer ausgelösten Belastungsreaktion zu absolvieren. Dabei sollte der Fokus nicht nur auf die Notfallmedizin und den klinischen Sektor gerichtet werden, sondern auch auf jene Mitarbeitende, die im weitesten Sinne von Suizidalität betroffen sind.

8. Literaturverzeichnis

- Alexander, D. A., Klein, S. Gray, N. M., Dewar, I. G., Eagles, J. M. (2000). Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *BMJ*, 320(7249), 1571–1574. Zugriff am 28.01.2021 unter: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7249.1571>
- Althaus, D. & Hegerl, U. (2004). Ursachen, Diagnose und Therapie von Suizidalität. *Der Nervenarzt*, 75(11), 1123–1135. Zugriff am 08.07.2020 unter: <https://doi.org/10.1007/s00115-004-1824-2>
- Becker, K., Manthey, T., Kaess, M., Brockmann, E., Zimmermann, F. & Plener, P. L. (2017). Postvention bei Suizid: Was man als Kinder- und Jugendpsychiater und -therapeut wissen sollte. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 45(6), 475–482. Hogrefe AG. Zugriff am 13.06.2020 unter: <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000512>
- Bernert, R. A., Hom, M. A. & Roberts, L. W. (2014). A Review of Multidisciplinary Clinical Practice Guidelines in Suicide Prevention: Toward an Emerging Standard in Suicide Risk Assessment and Management, Training and Practice. *Academic Psychiatry*, 38(5), 585–592. Zugriff am 27.01.2021 unter: <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0180-1>
- Berzewski, H. & Pajonk, F. G. B. (2012). Suizid – Suizidversuch – Suizidalität. *Notfall + Rettungsmedizin*, 15(7), 586–592. Zugriff am 10.07.2020 unter: <https://doi.org/10.1007/s10049-012-1580-y>
- Brent, D. A. & Mann, J. J. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*, 133C(1), 13–24. Zugriff am 09.07.2020 unter: <https://doi.org/10.1002/ajmg.c.30042>
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748–766. Zugriff am 13.01.2021 unter: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>

- Brockmann, E., Hegerl, U. & Winter, S. (2005). Die Situation Hinterbliebener nach Suizid. *Verhaltenstherapie*, 15(1), 47–53. Karger Publishers. Zugriff am 18.12.2020 unter: <https://doi.org/10.1159/000083937>
- Bronisch, T. (2007). *Der Suizid – Ursachen, Warnsignale, Prävention*. München: Verlag C.H. Beck oHG.
- Callahan, J. (2000). Predictors and Correlates of Bereavement in Suicide Support Group Participants. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(2), 104–124. Zugriff am 12.05.2021 unter: <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2000.tb01070.x>
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M. & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395–405. Zugriff am: 31.01.2021 unter: <https://doi.org/10.1017/S0033291702006943>
- Cryan, E., Kelly, P., & McCaffrey, B. (1995). The experience of patient suicide among Irish psychiatrists. *Psychiatric Bulletin*, 19(1), 4-7. Zugriff am 26.01.2021 unter: [doi:10.1192/pb.19.1.4](https://doi.org/10.1192/pb.19.1.4)
- Flick, U., Kardorff, E., Steinke, I. (2000). Was ist qualitative Forschung? In: Flick, U. Kardorff, E., Steinke, I. (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 13-30). Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Flick, U. (2014). *Sozialforschung: Methoden und Anwendungen – Ein Überblick für die BA-Studiengänge*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.
- Goldstein, L. S. & Buongiorno, P. A. (1984). Psychotherapists as Suicide Survivors. *American Journal of Psychotherapy*, 38(3), 392–398. Zugriff am 28.01.2021 unter: <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1984.38.3.392>
- Grad, O. T., Zavasnik, A. & Groleger, U. (1997). Suicide of a Patient: Gender Differences in Bereavement Reactions of Therapists. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27(4), 379–386. Zugriff am: 05.12.2020 unter: <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1997.tb00517.x>

- Hausmann, C. (2020). Suizidalität am Arbeitsplatz. In: Gerngroß, J. (Hrsg.), *Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen* (S. 165-182). Stuttgart: Schattauer.
- Hendin, H., Haas, A. P., Maltsberger, J. T., Szanto, K. & Rabinowicz, H. (2004). Factors Contributing to Therapists' Distress After the Suicide of a Patient. *American Journal of Psychiatry* 161:8, 1442-1446. Zugriff am 26.01.2021 unter: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1442>
- Illes, F., Jendreschak, J., Armgart, C. & Juckel, G. (2015). *Suizide im beruflichen Kontext: Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter im Gesundheitswesen und Rettungsdienst*. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Kaluza, G. (2004). *Stressbewältigung: Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Berlin und Heidelberg: Springer Verlag.
- Karnholz, E. (2020). Nach dem Suizid: Postventionen. In: Gerngroß, J. (Hrsg.), *Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen* (S. 251-267). Stuttgart: Schattauer.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, B. A. & Lozano, R. & Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.). (2002). *World report on violence and health*. Genf. Zugriff am 10.07.2020 unter: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsession
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Lasogga, F. & Karutz, H. (2011). Belastungen, Moderatorvariablen und Folgen. In: Lasogga, F. & Gasch, B. (Hrsg.), *Notfallpsychologie* (S.129-154). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Marten, R. F. (1981). Probleme und Ergebnisse von Verlaufsuntersuchungen an Suizidanten. In: Henseler H., Reimer C. (Hrsg.), *Selbstmordgefährdung—Zur Psychodynamik und Psychotherapie* (S. 65-81). Stuttgart Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog.

- Mayring, P (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, U., Kardorff, E., Steinke, I. (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 468-475). Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Meurer, S. (2004). Wenn ich das machen würde, wäre ich ja wirklich tot – Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen. In: Müller, W., Scheuermann, U. (Hrsg.), *Praxis Krisenintervention – Ein Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte* (S. 195-207). Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). (2019). *Selbstmordraten in ausgewählten Ländern nach Geschlecht im Jahr 2017 (je 100.000 Einwohner)* [Grafik]. In Statista. Zugriff am 13.07.2020, unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/214302/umfrage/anzahl-der-suizide-in-ausgewaehlten-laendern-nach-geschlecht/>.
- Pilkington, P. & Etkin, M. (2003). Encountering suicide: the experience of psychiatric residents. *Academic Psychiatry: The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 27(2), 93–99. Zugriff am 20.02.2021 unter: <https://doi.org/10.1176/appi.ap.27.2.93>
- Plener, P. (2015). Postvention. In: P. Plener (Hrsg.), *Suizidales Verhalten und nichtsuizidale Selbstverletzungen* (S. 117–119). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Puttagunta, R., Lomax, M.E., McGuinness, J.E. et al. (2014). What Is the Prevalence of the Experience of Death of a Patient by Suicide Among Medical Students and Residents? A Systematic Review. *Acad Psychiatry* 38, 538–541 (2014). Zugriff am 20.12.2020 unter: <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0070-6>
- Rupp, M. (2004). Was hilft den Krisenhelfern?. In: Müller, W., Scheuermann, U. (Hrsg.), *Praxis Krisenintervention – Ein Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte* (S. 58-72). Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

- Ruskin, R., Sakinofsky, I., Bagby, R. M., Dickens, S. & Sousa, G. (2004). Impact of patient suicide on psychiatrists and psychiatric trainees. *Academic Psychiatry: The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 28(2), 104–110. Zugriff am 20.02.2021 unter: <https://doi.org/10.1176/appi.ap.28.2.104>
- Saxena, S., Krug, E. G., Chestnov, O. & World Health Organization (WHO) (Hrsg.). (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: World Health Organization. Zugriff am 08.01.2021 unter: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
- Schnell, M. (2005). Suizidale Krisen im Kindes- und Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54 (2005) 6, S. 457-472. Saarbrücken: Vandenhoeck & Ruprecht. Zugriff am 25.03.2021 unter: <http://hdl.handle.net/20.500.11780/2822>
- Schmidt-Grunert, M. (1999). *Sozialarbeitsforschung konkret: Problemzentrierte Interviews als qualitative Erhebungsmethode*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Schmidtke, A. & Schaller, S. (2012). Postvention bei suizidalen Handlungen. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 13(2), 50–54. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York. Zugriff am 12.02.2021 unter: <https://doi.org/10.1055/s-0032-1304978>
- Statistisches Bundesamt. (2020). *Anzahl der Sterbefälle durch vorsätzliche Selbstbeschädigung (Suizide) in Deutschland in den Jahren von 1980 bis 2018* [Grafik]. In Statista. Zugriff am 29.12.2020, unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/583/umfrage/sterbefaelle-durch-vorsaetzliche-selbstbeschaedigung/>
- Steinke, I. (2000). Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U. Kardorff, E., Steinke, I. (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 319-331). Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.

- Stenager, E. N. & Stenager, E. (2000). Physical Illness and Suicidal Behaviour. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (S. 405–420). John Wiley & Sons, Ltd. Zugriff am 25.03.2021 unter:
<https://doi.org/10.1002/9780470698976.ch22>
- Sutarski, S. & Felber, W. (1991). Parasuizid im Kindes- und Jugendalter — Appell ins Sozialfeld oder Krise der Identität?. In Felber, W. & C. Reimer (Hrsg.), *Klinische Suizidologie* (S. 54–58). Berlin, Heidelberg: Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-642-76595-7_8
- Warner, L. M. (2016). Resilienz. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. Bern: Hans Huber/Hogrefe. Zugriff am 20.05.2021 unter:
<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/resilienz>
- Wolf, F. (2003). *Destruktivität und Suizid*. Diplomica Verlag GmbH. Veröffentlichte Diplomarbeit, Hamburger Universität für Wirtschaft und Politik. Zugriff am 20.07.2020 unter: <http://www.diplom.de/e-book/221835/destruktivitaet-und-suizid>
- Wolfersdorf, M. (2000). *Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Wolfersdorf, M. & Franke, C. (2006). Suizidalität - Suizid und Suizidprävention. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 74(7), 400–419. Zugriff am 29.06.2020 unter: <https://doi.org/10.1055/s-2005-9156>
- Wolfersdorf, M. & Etzersdorfer, E. (2011). *Suizid und Suizidprävention*. Kohlhammer Verlag.
- Wurst, F. M., Kunz, I., Skipper, G., Wolfersdorf, M., Beine, K. H., Vogel, R. et al. (2013). How therapists react to patient's suicide: findings and consequences for health care professionals' wellbeing. *General Hospital Psychiatry*, 35, 565–570. Zugriff am 12.01.2021 unter:
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.05.003>

Anhang

Anhang A – Interviewleitfaden

1. Zunächst einmal würde ich gerne von Ihnen wissen, welche Rolle Suizidalität in Ihrem Berufsalltag spielt.
2. Können Sie sich an einen Fall erinnern, in dem sich ein Klient/eine Klientin suizidierte oder einen Suizidversuch begangen hat und Sie das besonders belastete? Schildern Sie mir diesen Fall bitte. Alternativ: Können Sie sich an einen Fall erinnern, in dem sich ein Klient/eine Klientin suizidierte, der für Sie besonders einprägsam war? Schildern Sie mir diesen Fall bitte.
3. Wie haben Sie sich gefühlt, als sie von dem Suizid- bzw. Suizidversuch erfahren haben?
4. Wie hat das suizidale Ereignis ihr nachfolgendes Arbeiten beeinflusst?
5. Was könnte dazu beigetragen haben, dass Sie dieser Fall besonders belastete?
6. Welche Unterstützungsangebote sind Ihnen bekannt, die zur Verringerung einer Belastung bei Suiziden von Klient*innen beitragen können?
7. Haben Sie schon einmal Unterstützungsangebote wahrgenommen? Wenn ja, welche Unterstützungsangebote haben Sie wahrgenommen?
8. Gab es einen Fall, in dem sich ein Klient/eine Klientin suizidiert hat und Ihnen die Bewältigung dieses Ereignisses weniger gut gelungen ist?
9. Woran kann es gelegen haben, dass die Bewältigung in dem Fall weniger gut gelungen ist?
10. Was hätten Sie sich gewünscht, um den Fall besser verarbeiten zu können?
11. Erzählen Sie mir bitte von einem Fall, in dem Ihnen die Bewältigung besonders gut gelungen ist. Wie haben Sie das geschafft?
12. Welche individuellen Bewältigungsstrategien oder persönliche Techniken nutzen Sie darüber hinaus, um mit der Suizidalität von Klient*innen umzugehen?

Anhang B – Transkriptionsregeln

1. Es wird wortwörtlich transkribiert. Dialekte werden nicht mit transkribiert, sondern ins Hochdeutsch übersetzt.
2. Die Sprache wird geglättet und an das Schriftdeutsch angepasst. Die Satzform und Artikel werden auch dann beibehalten, wenn sie Fehler enthalten.
3. Längere Pausen werden durch Auslassungspunkte (...) gekennzeichnet. Entsprechend der Länge der Pausen werden zwei oder drei Punkte gesetzt. Bei Pausen, die darüber hinaus gehen, wird die Anzahl der Sekunden in den Klammern angegeben.
4. Betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
5. Großschrift kennzeichnet sehr lautes Sprechen.
6. Wenn sie den Redefluss nicht unterbrechen, werden Lautäußerungen der Interviewer wie beispielsweise aha oder mhm nicht transkribiert.
7. Einwürfe der interviewten Person werden in Klammern gesetzt.
8. Lautäußerungen der Person, die das Gesagte unterstützen, werden in Klammern notiert.
9. Absätze der interviewenden Person werden mit einem I, die der interviewten Person mit einem eindeutigen Kürzel, beschriftet.
10. Jeder Sprechbeitrag wird als Absatz transkribiert.
11. Störungen werden in Klammern notiert, beispielsweise (Handy klingelt).
12. Nonverbale Aktivitäten werden in Doppelklammern notiert. ((lächelt))
13. Unverständliche Wörter werden durch das Kürzel unv. gekennzeichnet.
14. Alle Angaben werden anonymisiert.

Anhang C - Tabelle der kodierten Segmente mit Summarys

Code	Codierte Segmente	Summary
Art des Kontaktes mit Suizidalität\unspezifisches suizidales Verhalten	Es gab einen Jugendlichen, den ich lange begleitet habe, da wissen wir nicht, ob es ein Suizid war. Der ist ertrunken und der war vorher noch, relativ kurz vorher, in psychiatrischer Behandlung. B07: Pos.: 342 - 345 (0)	Jugendlicher, der in einem See ertrunken ist, wo es unklar ist, ob er sich umgebracht hat. B07
Art des Kontaktes mit Suizidalität\Suizidgedanken & -androhungen	diese eine Hauptklientin die ich hatte, die ich wirklich, sagen wir mal so, von Anfang Oktober bis wirklich zum Ende betreut habe. Die hat das quasi dann irgendwann im Verlaufe unserer Interventionsgespräche geäußert B01: Pos.: 38 - 42 (0) Irgendwann hat sie mir quasi gesagt:" An sich überlege ich schon länger, mich irgendwie umzubringen". Den richtigen genauen Gedanken hat sie mir auch gesagt, am liebsten dort bei der Brücke in T. Da weiß sie schon ganz genau, wie das vonstattengehen soll. B01: Pos.: 75 - 79 (0) Sie hat es wirklich ganz genau geschildert und hat mir auch erklärt, dass allgemein das Thema Tod sie schon längere Zeit fasziniert, dass sie vielleicht mal in der Forensik arbeiten möchte. B01: Pos.: 85 - 89 (0)	Klientin hat Befragten Suizidgedanken mitgeteilt, die schon konkrete Pläne enthielten. B01

Code	Codierte Segmente	Summary
Art des Kontaktes mit Suizidalität\Suizidgedanken & -androhungen	<p>Und es gibt aber auch und das ist die Erfahrung, die ich jetzt hauptsächlich gemacht habe, bei Kindern schon suizidale Gedanken. B03: Pos.: 46 - 49 (0)</p> <p>Also es gibt zwei Fälle, die mich sehr belastet haben, wo das Kind sich nicht suizidiert hat, aber es angedroht hat. B03: Pos.: 61 - 63 (0)</p> <p>Ich war denn in der Schule und da ging es dann auch um Tabletten, die sie von den Jungs gezwungen wurde zu nehmen, also das war ganz mysteriös, und zwar so, dass sie gesagt hat, sie bringt sich um. Ein Klassenkamerad meinte dann zu ihr: "Das machst du ja eh nicht". Dann hat sie das Fenster aufgemacht, ist rausgeklettert, stand auf dem Dach und hat gesagt, sie springt. B03: Pos.: 130 - 137 (0)</p> <p>"Manchmal muss man wissen, wenn es besser ist zu gehen. Ich werde von oben auf euch wachen. Ich werde gehen, um die Leute zu schützen, die ich liebe". B03: Pos.: 269 - 272 (0)</p>	<p>suizidale Gedanken und Suizidandrohungen bei Kindern --> Mädchen wollte vom Dach springen --> Suizidandrohungen eines Mädchens via Social Media B03</p>
	<p>Na genau, dass halt Leute, die bei mir waren, als Klienten, dieses angedroht haben, aber nicht selbst gemacht haben. Dort war es dann zum Beispiel so, dass einer, der hat sich nicht mehr gemeldet und hat nicht aufgemacht, also es war kein Kontakt mehr möglich und dort stand es dann im Raum. Es hat sich aber dann als nichtig rausgestellt, aber er hat das schon immer vor sich hergetragen oder als Mittel benutzt. B04: Pos.: 56 - 62 (0)</p>	<p>Klient*innen, die Suizid angedroht haben, aber keine Ausführung B04</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Art des Kontaktes mit Suizidalität\Suizidversuch	Sie sagt, sie hätte gekämpft, hätte es versucht, aber kommt nicht raus und will ihr Leben so nicht weiterleben. Sie hat dann so Sachen gedreht, wie in der Ergotherapie einen Schraubenzieher mitgehen zu lassen, um sich die Pulsadern aufzuschlitzen. B03: Pos.: 416 - 421 (0)	Suizidversuch durch Klientin, die sich Pulsadern aufschlitzen wollte B03
	Dann war es so, dass sie schon auch in der Klinik versucht hatte, sich irgendwie das Leben zu nehmen. Ich weiß nicht mehr, mit was sie es gemacht hat. Sie hat sich irgendwie versucht ein bisschen aufzuschneiden an den Armen und auch am Hals. Das musste auch genäht werden. Dann wurden ihr auch sämtliche Gegenstände weggenommen. Sie hatte auch überlegt sich irgendwie zu vergiften, mit irgendwelchen Reinigungsmitteln, die rumstanden. Das hat sie aber nicht gemacht. B05: Pos.: 84 - 91 (0)	Suizidversuche der Klientin (Arme und Hals aufschneiden) und Suizidäußerungen (überlegte, ob Vergiftung mit Reinigungsmitteln) schon vorher präsent B05
	Mir fällt noch eine Geschichte ein, das war eigentlich auch ein Suizidversuch, würde ich sagen, da hat eine Patientin Feuer gelegt und das war schon eine sehr bedrohliche Situation. B08: Pos.: 347 - 350 (0)	Suizidversuch, bei dem Patientin Feuer gelegt hat B08
Art des Kontaktes mit Suizidalität\vollendeter Suizid	Auch in der Palliativmedizin, wo es ja auch nochmal anders ist, weil die Menschen sowieso alle sterben, weil wirklich klar ist, jeder Patient, den wir aufnehmen, der stirbt, auch da hatte ich mal einen tatsächlich vollendeten Suizid. B02: Pos.: 93 - 97 (0)	Kontakt mit einem vollendeten Suizid, der belastend war und mehreren Klient*innen, die suizidales Verhalten zeigten B02
	In 6 Jahren Palliativmedizin habe ich einen vollendeten Suizid erlebt. B02: Pos.: 231 - 232 (0)	
	Erstens hat mich das extrem mitgenommen, weil der Suizid da zu Ende geführt wurde, weil da wirklich nichts mehr zu machen war und vor allem, weil es auch wieder ein Kind war. B03: Pos.: 384 - 387 (0)	vollendeter Suizid im privaten Umfeld B03

Code	Codierte Segmente	Summary
Art des Kontaktes mit Suizidalität/vollendeter Suizid	Sie hatte sich vor eine U-Bahn geworfen. Ich war zum Glück nicht dabei. B05: Pos.: 108 - 109 (0)	Klientin hat sich vor eine U-Bahn geworfen B05
	Ich hatte überlegt nachdem ich wusste, dass wir miteinander sprechen und zwei Suizide fallen mir ein, also zwei Patientinnen, die sich suizidiert haben, wo ich auch merke, dass die mich lange beschäftigt haben und wenn ich jetzt so daran denke, die mich auch immer noch beschäftigen. B06: Pos.: 53 - 57 (0)	zwei Klient*innen, die sich suizidiert hatten, eine hat sich auf Station erhängt, die andere wenige Tage nach der Entlassung an einer Eisenbahnbrücke B06
	Die haben wir dann entlassen und die hat sich wirklich drei Tage später an der Bahnstrecke der großen Eisenbahnbrücke in F. erhängt, wenige Tage später. B06: Pos.: 82 - 84 (0)	
	Es gibt zwei, wo es um vollendete Suizide ging, die sich beide relativ stark ausgewirkt haben. Das eine, da ging es um einen Vater eines Mädchens, der hat sich in einem Waldstück erhängt und dann war es unsere Aufgabe dieses Mädchen unterzubringen. B07: Pos.: 49 - 52 (0)	zwei vollendete Suizide (ein Vater, der sich in einem Waldstück erhängt hat, ein Jugendlicher, der sich vor einen Zug geworfen hat) B07
	Der zweite Fall, das war ein Jugendlicher, der muss zu dem Zeitpunkt so 13 oder 14 gewesen sein, der sich suizidiert hat. B07: Pos.: 74 - 75 (0)	
	Der hatte sich dann vor einen Zug geworfen und in der Folge hatte ich viel damit zu tun, denn er hatte das gemacht, während er telefonierte mit Freunden. B07: Pos.: 81 - 83 (0)	

Code	Codierte Segmente	Summary
Art des Kontaktes mit Suizidalität\vollendeter Suizid	<p>Da hat eine junge Frau, die ich schon seit längerer Zeit, also längere Zeit heißt wirklich zwei Jahre in diesem Fall, bei uns als Patientin gelegen hat. Sie hat auch immer wieder Suizidversuche gemacht und hat eigentlich das gemacht, wovor ich am meisten (...) Sorge, Angst, Furcht hatte. Schwierig auszudrücken welches Gefühl es tatsächlich war. Nämlich Sie hat sich mit einem Verbandsmaterial, mit einer Mullbinde, stranguliert und ich habe sie, naja, entweder zu früh oder zu spät gefunden. B08: Pos.: 50 - 58 (0)</p>	- Patientin, die sich auf Station mit einer Mullbinde stranguliert hat B08
	<p>Vielleicht noch der Umfang, also ich habe in dem Praxissemester Einzelberatung gemacht, aber auch eine Gruppenberatung, eine Gruppe mit angeleitet und ein Mitglied dieser Gruppe war die Person, die sich am Ende auch das Leben genommen hat B09: Pos.: 23 - 28 (0)</p> <p>Nach einer Woche kam dann die Nachricht, dass sie sich Zuhause in ihrer Wohnung das Leben genommen hatte. B09: Pos.: 117 - 119 (0)</p>	- Klientin hat sich in ihrer Wohnung das Leben genommen B09
Belastungsfaktoren\strukturelle und organisatorische Defizite	<p>Ich wusste aber, dass das Jugendamt, es war Freitag Nachmittag um 4, keinen Bock hatte, sich da jetzt noch groß um sie zu kümmern und sie psychisch aufzufangen. Deshalb bin ich mit ihr dann noch in die Wohngruppe gefahren, in der sie über das Wochenende sein konnte, obwohl das eigentlich schon alles Aufgabe vom Jugendamt gewesen wäre. B03: Pos.: 154 - 161 (0)</p> <p>Vor allem, also ich habe mir dann keinen Vorwurf gemacht, dass ich irgendwas hätte anders machen können, im professionellen Sinne. Ich habe mich dann eher darüber aufgeregt, wie das bei allen anderen Ämtern gelaufen ist, wo ich aber nichts daran ändern kann. B03: Pos.: 174 - 179 (0)</p>	<p>Zusammenarbeit mit anderen Institutionen kritisiert --> Jugendamt, dass Mädchen freitags nach 4 nicht mehr psychisch auffangen will --> auch belastend, dass keinen Einfluss darauf, wie Zusammenarbeit abläuft B03</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Belastungsfaktoren\strukturelle und organisatorische Defizite	<p>Und sie wurde, das habe ich dann im Nachhinein noch herausgefunden, an dem Tag von einem Bekannten abgeholt, der selbst auch psychische Probleme hat und in Behandlung war, und die hatten etwas vor, keine Ahnung. Er wartete unten vor der Klinik und die Ärzte oder das Pflegepersonal hat sie einfach gehen lassen. Sie haben denjenigen nicht gesehen, der kam nicht rein, so wie ich das immer gemacht habe - ich bin ja immer angemeldet reingekommen - sondern sie haben sie dann einfach rausgeschickt und er hat sie auch nicht zurück zur Klinik begleitet. Das war immer ganz wichtig, wenn man sie abholte, man musste sie auch wieder zurückbringen.</p> <p>B05: Pos.: 123 - 132 (0)</p>	<p>indirekter Vorwurf an Klinik, dass sie nicht genug aufgepasst hätte --> hat Klientin einfach in Begleitung gehen lassen, ohne die Begleitung zu kennen, wurde nicht zurückgebracht B05</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Belastungsfaktoren\strukturelle und organisatorische Defizite	<p>Also das ist auch so, wie Sie gerade sagten, das ist auch stressig und natürlich wirkt sich so etwas auch aus. Das ist auch eine Frage der Masse, weil man hat ja nicht nur diese Fälle, sondern auch andere. B07: Pos.: 334 - 336 (0)</p> <p>Was nicht so gut gelungen ist, ist manchmal die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen. Gar nicht die betroffenen Personen oder die Angehörigen, mit denen bin ich immer gut klar gekommen. Sondern sei es jetzt die Klinikstelle oder Polizei oder Schule oder wer eben sonst so involviert ist, da gab es manchmal Reibungsverluste und auch manchmal Unverständlichkeiten seitens der Fachärzte. So ein wiederkehrendes Thema ist, dass man die Klinikstelle anfährt und man hat eine Person, die ist suizidal, die können wir jetzt nicht gut versorgen. Dann wird immer nach so einem bestimmten Schema durchgearbeitet, wie akut das ist und wenn nicht absolut akut, dann wird auch keine Notaufnahme stattfinden, selbst wenn die Person sagt, sie würde ganz gerne bleiben, wenn gerade kein Bett frei ist, dann bleiben die halt nicht. Dann hat man institutionell etwas Probleme miteinander. B07: Pos.: 388 - 401 (0)</p> <p>So also das ist etwas, wo es in der Bewältigung schwieriger ist. Also nicht in der emotionalen Bewältigung, sondern in der Ablaufbewältigung vielleicht, also wie ist es so organisiert. Das steht und fällt mit den Personen, die es machen. B07: Pos.: 414 - 417 (0)</p> <p>Das sind dann solche Dinge, wo dann eine Reibung entsteht im System. Und vom Typ her bin ich jemand, der sich dann schnell an solchen Sachen aufreißt oder sich mit den Leuten anlegt und deswegen von der Bewältigung eher mit dem institutionellen Rahmen zu tun hat als mit der (unv.). Das ist das, was ich sozialpädagogisch immer ganz gut hingekriegt habe. B07: Pos.: 436 - 441 (0)</p>	<p>- generelle Arbeitsbelastung --> man hat auch noch mit anderen Fällen zu tun (belastend) --> Grund für Kündigung</p> <p>- Zusammenarbeit mit anderen Institutionen schwierig (Klinik, Polizei) --> bspw. Patient*innen werden nicht aufgenommen, obwohl sie suizidal sind --> organisationelle Belastung (hängt von den Personen ab, mit denen man zusammenarbeitet)</p> <p>- zu wenig Supervision/Supervision in einem zu großen Team mit zu wenig Zeit (jeder hat halt dann mal ein paar Dinge) oder Supervision nur zu festen Terminen und nicht, wenn sie wirklich gebraucht wird --> belastende Ereignisse nicht mehr angesprochen, weil bereits andere Sachen im Vordergrund --> selbst damit klarkommen --> organisationale Belastung stärker als emotionale B07</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Belastungsfaktoren\strukturelle und organisatorische Defizite	<p>Wie gesagt, Supervision alle 4 Wochen, alle 6 Wochen, das ist eine schöne Sache, sie müsste im Zweifel aber auch dann verfügbar sein, wenn ich sie brauche. Also wenn ich heute die Sitzung habe und morgen passiert etwas, dann warte ich 6 Wochen darauf. Bis dahin muss ich irgendwie selbst damit klarkommen und im Zweifel spreche ich die Sache dann schon gar nicht mehr an, weil dann schon wieder ganz andere Sachen in den Vordergrund getreten sind. B07: Pos.: 522 - 529 (0)</p> <p>Die Arbeitsauslastung, das war auch ein Grund meines Wechsels jetzt, dass ich gekündigt habe, das hält kein Schwein aus bis in die Rente. B07: Pos.: 529 - 531 (0)</p>	
	<p>Es hat alle unglaublich berührt, auf unterschiedliche Arten und Weisen, sodass eine nie dagewesene Größe an Teilnehmern einer Supervision dabei rauskam. Da waren sogar Leute dabei, von denen ich überhaupt nicht wusste, dass sie Kontakt zu der Patientin hatten. Ich hätte mir zu dem Zeitpunkt eigentlich eher gewünscht, dass der Kreis derer gering gehalten wird, beispielsweise mit den Leuten, die wirklich als Ersthelfer da waren. B08: Pos.: 128 - 136 (0)</p> <p>Die professionelle Aufarbeitung fand ich, die mir zumindest angeboten wurde, seitens der Supervisorin, fand ich eher schlecht. Das lag daran, dass diese Supervisorin an dem Tag des Suizids auch involviert war, weil sie eine Supervision machte und erstmals diese Patientin mit in die Supervision nahm, zur Exploration ihres Falls. Ich glaube, sie hatte ein ebenfalls schlechtes Gewissen und war zu dem Zeitpunkt, als die Supervision dann lief, nicht so professionell. B08: Pos.: 215 - 223 (0)</p>	<p>- zu große Supervision --> es waren sogar Personen dabei, die gar nicht wirklich Kontakt zur Patientin hatten --> Supervision sollte eher klein gehalten werden (nur Ersthelfer)</p> <p>- Supervisorin nicht unabhängig, sondern selbst durch das Ereignis betroffen --> keine professionelle Supervision</p> <p>--> belastend</p> <p>B08</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Belastungsfaktoren\strukturelle und organisatorische Defizite	<p>Es gab keinen Notfallplan, also es war so ein Ding von, es gab wohl in der Vergangenheit schon Suizidfälle, aber so grundsätzlich gab es keinen Ablaufplan. Das heißt, ich hatte dann über meine Universität und die Kontakte, die ich mit der Hochschule hatte noch schnell eine Supervision organisiert, damit wir diese Woche noch in irgendeiner Form besprechen können. B09: 154 - 160 (0)</p> <p>Ich glaube, was in der Folge kam, war halt eher dieser eigene Umgang mit diesem Verlust und mit diesem dramatischen Vorfall, war das Eine, das Andere war aber auch das Ding von (...) mittelmäßiger Entgeisterung, wie planlos drum herum alle waren und wie der Umgang danach so war. B09: Pos.: 179 - 184 (0)</p> <p>Gleichzeitig hatten aber auch alle Beteiligten irgendwie ein unfassbar überschaubares Wissen dazu. (...) Ganz oft haben sie sich auch auf ein theoretisch sehr dünnes Eis begeben, das hat mich sehr irritiert. B09: Pos.: 217 - 221 (0)</p> <p>Wir haben auch ein Supervisionsangebot von der Hochschule gehabt, aber die Person, die das da durchgeführt hat, war mit dieser Art des Vorfalls ein bisschen überfordert und in dem Setting nicht dafür gewappnet, um da für mich hilfreich zu agieren. B09: Pos.: 304 - 308 (0)</p> <p>Und dass es in der eigenen Satzung oder wo auch immer einen klaren Fahrplan gibt, um Ansprechpersonen herauszufinden und gleichzeitig nicht, ich hatte das Gefühl, vieles war dem Zufall überlassen B09: Pos.: 337 - 341 (0)</p> <p>Hätte ich das Angebot von dem Dozierenden nicht gehabt, hätte ich die Kontakte zur Hochschule nicht gehabt, hätten wir auch keine Supervision gehabt. Und das waren so ganz viele Sachen, die dann am Ende glücklicherweise so gelaufen sind, aber auch viele Sachen, die dann im Nachhinein nicht passiert sind und wo kein kontinuierlicher Umgang mit gefunden wurde. B09: Pos.: 344 - 350 (0)</p>	<p>- es existierte kein allgemeiner Ablaufplan, wie nach einem Suizid damit umgegangen wird und was danach zu tun ist, obwohl es in der Vergangenheit bereits Suizidfälle gab --> Planlosigkeit der Mitarbeitenden, wie damit umzugehen ist, vieles war dem Zufall überlassen</p> <p>Bsp.: Interviewter musste selbst Supervision organisieren, damit das Ereignis überhaupt besprochen wird</p> <p>- Kolleg*innen hatten wenig Wissen zu dem Thema Suizidalität und wie damit umgegangen wird</p> <p>- Supervisionsangebot der Hochschule nicht hilfreich, da Supervisorin mit dem Fall überfordert war</p> <p>- kein ehrlicher Umgang mit den Mitpatient*innen --> von dem Suizid sollte nichts erzählt werden --> Interviewter wollte Klient*innen nicht anlügen --> Meinung wurde nicht gehört</p> <p>B09</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Belastungsfaktoren\strukturelle und organisatorische Defizite	<p>Da war viel zu viel dem Zufall überlassen, so ein learning by doing-Ding. Das sind so Sachen, die bei solchen Fällen, die natürlich mit einem sehr intensiven Klientel oder sehr intensiven Geschichten einher gehen, einfach mitgedacht werden müssen. B09: Pos.: 362 - 366 (0)</p> <p>Das war das Ding, dass am Ende die Frage im Raum stand, ob wir der Gruppe jetzt erzählen, was passiert ist und da habe ich sehr lang mit dem Chef diskutiert und da war kein Rankommen. Da wurde einfach nur der Werther-Effekt vorgeschoben und gesagt: "Wenn wir jetzt Suizid thematisieren, bei sowieso schon labilen Menschen, dann bringen die sich nachher alle um". B09: Pos.: 402 - 408 (0)</p> <p>Genau und dass ich dann irgendwie diese Gruppe auch nicht mehr alleine gemacht habe, weil ich mich geweigert habe, wenn Nachfragen kommen von den KlientInnen, dass ich sie dann anlüge. Das war halt so ein Ding, denn mein ganzes professionelles Auftreten, auch das Vertrauen und die Beziehungsarbeit wird so ein bisschen aufs Spiel gesetzt, wenn ich mit so einer großen Information mich hinter dem Berg halte oder ausweiche. B09: Pos.: 418 - 425 (0)</p>	
Belastungsfaktoren\Auffinden des Suizidopfers	<p>Nämlich Sie hat sich mit einem Verbandsmaterial, mit einer Mullbinde, stranguliert und ich habe sie, naja, entweder zu früh oder zu spät gefunden. Ich weiß nicht ganz genau, wie ich das beurteilen soll. Das weiß ich tatsächlich immer noch nicht ganz genau. Es war auf jeden Fall so, dass sie leblos war und von mir und meinem Kollegen wiederbelebt wurde und dann auch auf die Intensivstation kam, allerdings nie wieder richtig das Bewusstsein erlangt hat. B08: Pos.: 56 - 64 (0)</p> <p>In dem Fall war es dann so, dass ich zu ihrem Zimmer gegangen bin und vor dem Zimmer ist dann das Badezimmer gewesen und die Tür war abgeschlossen. Als hätte ich es geahnt, bin ich direkt zu meinem Kollegen gelaufen und habe gesagt: "Komm bitte mit" und habe die Tür dann mit einem Vierkantschlüssel geöffnet. Und da lag sie dann so halb in der Dusche mit dem Mullverband stranguliert. B08: Pos.: 101 - 108 (0)</p>	<p>- Klient*in hat sich mit einer Mullbinde stranguliert, er hat sie aufgefunden und sie zusammen mit einem Kollegen wiederbelebt B08</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Belastungsfaktoren\Zeitpunkt des Suizides	<p>Das war so eine Sache, die sich für mich nicht angekündigt hatte. Das war ein trockener Alkoholiker, der meines Wissens auch bis zum Schluss trocken war. Er hat viele Jahre getrunken, aber so lange, wie ich ihn kannte, war er eigentlich trocken. Er hat sich eigentlich immer sehr engagiert, auch für seine Tochter, war sehr präsent. Einerseits war er auch eine anstrengende Persönlichkeit, aber einfach ein ganz liebevoller Vater. Es hat sich für mich dort nie angekündigt, dass der suizidal gewesen wäre. Er hat auch nichts vorher angekündigt. Er hat auch in der Vergangenheit keine Versuche, die wir gewusst hätten. Vielleicht vor vielen Jahrzehnten, aber nicht in der Zeit, in der wir mit ihm zu tun gehabt hatten, insofern war es sehr überraschend. Das war schon belastend. B07: Pos.: 58 - 69 (0)</p> <p>Das Schöne war auch, das hatten wir dann einige Wochen später überwunden und wir sind wieder aufeinander zugegangen und haben wieder zusammen gearbeitet und er war quasi wieder gut mit mir und hat verstanden, warum es passiert ist. Wir waren gerade so an einem Punkt, wo es bergauf ging und in dem Moment ertrinkt er dann. B07: Pos.: 361 - 366 (0)</p>	<p>- Suizid belastend, weil er sich nicht angekündigt hat und unerwartet kam (keine suizidale Vorgeschichte in der Biografie des Vaters, engagierter Vater, trockener Alkoholiker)</p> <p>- Suizid belastend, da er in einem therapeutischen Hoch stattfand, also gerade als es therapeutisch bergauf ging und man mit dem Klienten gut zusammenarbeiten konnte B07</p>
	Obwohl es, für mich zumindest, keine Andeutungen oder Anzeichen gab. B08: Pos.: 109 - 110 (0)	Suizid kam unerwartet, da es keine Anzeichen oder Andeutungen gab B08
	<p>Ja, ich war schon sehr sehr erschlagen. Es kam alles ganz schön plötzlich. B09: Pos.: 135 - 136 (0)</p> <p>Dass Suizide eben nicht im Tiefpunkt stattfinden, also nicht in der absoluten Krise, weil da keine Kraft dafür da ist, sondern dann, wenn es gerade wieder bergauf geht. Und das ist der Punkt, der die Ratlosigkeit nach so einem Vorfall so groß macht. Ein paar Wochen davor, habe ich Gespräche mit ihr führen können und man hat gemerkt, da geht wieder was. Und dann kommt diese Entscheidung sich das Leben zu nehmen und als HelferIn denkt man dann so: "Jetzt ging doch gerade etwas, warum denn jetzt?". B09: 224 - Pos.: 233 (0)</p>	<p>- Suizid kam sehr plötzlich - fand zu einem Zeitpunkt statt, zu dem ein gutes gemeinsames Arbeiten begann (konnte nach langer Beziehungsarbeit endlich Gespräch mit ihr führen) und es ging bergauf B09</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Belastungsfaktoren\Grad der Verantwortung	Jetzt gerade sah ich mich dann in der Situation, dass ich ihr helfen muss und versuchen muss sie zu retten. B01: Pos.: 130 - 131 (0)	übernahm hohe Verantwortung für Klientin, da er sich selbst in der Retterrolle sah B01
	Aber ich habe mir dann auch gedacht, das war eine Schulsozialarbeiterin, die mich angerufen hat. Das heißt, die Schule hat das auf dem Schirm. Das heißt, die Schule wird hoffentlich auch die Mutter angerufen haben und so weiter. Da waren so viele drum rum, die ein Auge auf sie hatten, dass ich dann wahrscheinlich nicht der entscheidende Unterschied gewesen wäre. Und da habe ich dann versucht, mich selbst ein bisschen zu beruhigen. B03: Pos.: 283 - 293 (0)	Verantwortung von mehreren Personen getragen --> beruhigend B03
	Schwieriger waren für mich immer die Patienten, die ich im ambulanten Setting hatte und so abschätzen musste, ob sie suizidal sind oder nicht und ich sie wieder gehen lassen kann oder sie stationär aufnehmen muss. Die fand ich für mich persönlich anstrengender. Wenn man Sie auf einer Station hat, dann verteilt es sich auf verschiedene Schultern und man kann eben auch besser aufpassen, dass nichts passiert. B06: Pos.: 40 - 46 (0)	- Es ist immer schwieriger, wenn man Patienten im ambulanten Setting hat und deren Suizidalität einschätzen muss, weil man allein eine große Verantwortung hat (muss einschätzen, ob man ihn aufnimmt oder ihn gehen lässt), angenehmer ist es, wenn auf Station die Verantwortung auf mehreren Schultern getragen würde und mehrerer Personen aufpassen können, dass nichts passiert
	Das fand ich heftig, weil da hatte ich natürlich noch mehr das Gefühl, die Verantwortung nicht richtig wahrgenommen zu haben, weil wir sie haben gehen lassen. Aber es wurde eben vor allem auf den Schultern des Chefarztes getragen. B06: Pos.: 89 - 92 (0)	- bei vollendeten Suiziden entlastend, dass Chef die Verantwortung auf seinen Schultern getragen hat B06

Code	Codierte Segmente	Summary
Belastungsfaktoren\Grad der Verantwortung	Ja, ganz bestimmt. Also ich fand es immer sehr schwer, vor allem in Akutsituationen abzuschätzen, ob ich denjenigen jetzt aufnehmen muss oder ihn gehen lassen kann und ob ich das verantworten kann und wie groß mein Vertrauen sein kann. Das ist natürlich so, dass ein orientierter Patient irgendetwas erzählen kann und dann lässt man den gehen. Manchmal ist es auch der Richter der sagt: "Sie müssen den gehen lassen", obwohl man selbst anderer Meinung ist. Das hat mich schon geprägt. B06: Pos.: 138 - 145 (0)	
	Es gab zwischendurch immer mal auch Personen, die Suizidversuche unternommen haben oder das Herausfordernde in der Arbeit ist, wenn das angekündigt wird, wenn gedroht wird mit: "Ich bring mich um, wenn das und das passiert oder nicht passiert" und manchmal hat man natürlich Personen, die das wirklich ernst meinen oder man weiß es nicht genau und muss das wirklich abklären. Das sind dann schon auch schwierige Momente, die auch belastend sein können. B07: Pos.: 99 - 106 (0)	hohe Verantwortung beim Abschätzen der Suizidalität von Personen --> Einschätzen der Ernsthaftigkeit und Ausführungstendenz (Wie ernsthaft ist es? Kommt es zu einer Ausführung?) B07
	Es sprach aber alles dafür, sodass sie bei mir so einen Beschützerinstinkt ausgelöst hatte. (...) Und dann passiert genau das in meiner Schicht, der Beschützer kann sie letzten Endes nicht mehr beschützen. B08: Pos.: 167 - 171 (0)	- Klient*in hat in ihm einen Beschützerinstinkt ausgelöst --> fühlte sich stark verantwortlich für sie B08

Code	Codierte Segmente	Summary
Belastungsfaktoren\Grund des Suizids	<p>In der Psychiatrie ist das nicht ganz so, weil die meisten psychischen Erkrankungen, dachte ich früher als Anfänger, kann man ja gut behandeln, kann man aber gar nicht. Es gibt psychische Erkrankungen, die kriegt man nie in den Griff, die sind so chronisch, da wird man nie was dran ändern können. Dieses Wissen oder diese Erkenntnis hat auch dazu geführt, dass ich solche Suizide, dass die mich weniger belasten als welche, wo ich denke: "Da hätte man doch, warum habe ich nicht".</p> <p>B02: Pos.: 299 - 308 (0)</p>	<p>- Wissen darüber, dass psychische Erkrankungen auch chronisch verlaufen können und wie schwere chronische körperliche Erkrankungen nicht behandelt werden können war entlastend --> Personen wurde Suizid eher zugestanden</p> <p>B02</p>
	<p>Ich denke, man muss auch immer unterscheiden, ob es eine psychische Sache ist oder jemand sagt: "Ich will mit dieser Krankheit einfach nicht leben, das ist für mich nicht lebenswert", dann ist es für mich immer noch etwas Anderes als wenn man sich aus Geldschulden oder sowas umbringt. Privatinsolvenz und Schuldenberater, da kann man verschiedene Wege gehen und sich ein Leben ohne Schulden aufbauen. Da muss man immer nochmal differenzieren, ob die Situation wirklich ausweglos ist, soweit man das auch objektiv beurteilen kann oder halt auch nicht.</p> <p>B03: Pos.: 608 - 619 (0)</p>	<p>Wenn jemand eine schwere Erkrankung hat, Suizid nachvollziehbarer und wird zugestanden als wenn es ein Problem ist, das nicht ausweglos ist</p> <p>B03</p>
	<p>Und dass es bei manchen, wenn es wirklich nicht mehr geht und wenn derjenige oder diejenige das für sich so erlebt, dass es nicht mehr geht, ist ja diese Handlung dann auch eine Befreiung. Ich habe auch erlebt, also es gibt Leute, die vegetieren wirklich vor sich hin und da ist dieses Leben quasi schlimmer als für sich diese Option zu wählen und zu sagen: "Ich beende das Ganze".</p> <p>B04: Pos.: 174 - 180 (0)</p>	<p>Suizid als Befreiung für Menschen mit schweren Erkrankungen, die leiden</p> <p>B04</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Belastungsfaktoren\Grund des Suizids	<p>Sie hat es ja schon lange vorher entschieden. Sie hat das ja auch mir gegenüber immer geäußert, dass das kein Leben für sie ist, dass sie unheimlich leidet. Das habe ich ja auch gesehen und keiner wusste ihr wirklich zu helfen. Ich glaube, sie hat da einfach eine Chance gesehen und genutzt. Und das war auch das, wo ich wusste, da gibt es nicht wirklich jemanden, der da jetzt verantwortlich ist, außer sie selbst. B05: Pos.: 150 - 155 (0)</p>	<p>Klientin hat unheimlich unter ihren chronischen Wahnvorstellungen gelitten und das auch mitgeteilt --> Suizid nachvollziehbar, keiner verantwortlich außer sie selbst B05</p>
	<p>Den habe ich einige Jahre sehr intensiv begleitet und der ertrank dann in einem See und da waren zwar Leute dabei, aber man konnte es nicht genau sagen. Die vermuten, dass es eher ein Unfall war, aber man weiß es nicht so wirklich. Und das ist eher so eine Geschichte, das fand ich belastender, das nicht Wissen. B07: Pos.: 346 - 351 (0)</p> <p>Die Unwissenheit darüber, was passiert ist, fand ich belastender als in den Fällen, wo es klar war und wo auch rekonstruiert werden konnte, wo auch Angehörige hinterher etwas dazu berichten und die Gründe erzählen konnten. Das war dann mehr so, dass man das abschließen konnte. Das andere ist bis heute noch eine Frage. B07: Pos.: 373 - 377 (0)</p>	<p>Belastend, wenn man nicht weiß, aus welchen Gründen der Suizid geschah und wie es passiert ist --> Unwissenheit über das, was wirklich passiert ist, ist belastender als in den Fällen, wo Suizid rekonstruiert werden kann und Angehörige etwas dazu berichten können --> so kann man es besser abschließen B07</p>
Belastungsfaktoren\ Suizidformen und -methoden	<p>Das Thema Suizidalität ist, glaube ich, für alle, aber ich kann ja jetzt nur von mir sprechen, immer ein schwieriges Thema. Selbst in der Psychiatrie, wo sich von meinen Patienten niemand tatsächlich das Leben genommen hat, also von keinem Patienten, den ich längerfristig betreut habe. Wenn irgendjemand auf Station war und es war Suizidalität im Raum oder tatsächlich ein Suizidversuch da, dann hat mich das immer belastet. B02: Pos.: 83 - 90 (0)</p>	<p>Suizidalität ist immer belastend, wenn es im Raum steht, selbst wenn sich kein Klient suizidiert</p> <p>Auch wenn es absehbar ist, dass sich ein Mensch suizidieren wird (aufgrund schwerer körperlicher Erkrankung) ist es immer belastend B02</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Belastungsfaktoren\ Suizidformen und -methoden	Auch in der Palliativmedizin, wo es ja auch nochmal anders ist, weil die Menschen sowieso alle sterben, weil wirklich klar ist, jeder Patient, den wir aufnehmen, der stirbt, auch da hatte ich mal einen tatsächlich vollendeten Suizid. Auch da, obwohl das Wochen vorher immer wieder Thema war und mir eigentlich klar war, wenn dieser Mensch an einen bestimmten Punkt kommt, dann wird der versuchen sich umzubringen, hatte ich trotzdem über Tage (...) war ich sehr belastet. B02: Pos.: 93 - 101 (0)	
	Erstens hat mich das extrem mitgenommen, weil der Suizid da zu Ende geführt wurde, weil da wirklich nichts mehr zu machen war und vor allem, weil es auch wieder ein Kind war. B03: Pos.: 384 - 387 (0)	- vollendeter Suizid belastend - belastend, weil es ein Kind war B03
	Ich denke, man kann nie sagen, dass einem bei so einem Thema die Bewältigung gut gelingt. Jeder Mensch, der beruflich mit Suizidalität zutun hat, ist in einem Bereich, wo eine gewisse Menschlichkeit erforderlich ist und jeder der Menschlichkeit besitzt kann nicht sagen: "Den Suizid habe ich jetzt besonders gut verarbeitet". Ich denke, da nagt es immer irgendwo an einem. B03: Pos.: 473 - 480 (0)	
	Naja, das war ein Suizid. Ich glaube, das ist jetzt nichts, was man so alltäglich erlebt. Das ist schon eine extreme Maßnahme, die man da ergreift, eine extrem verzweifelte Maßnahme und auch ein recht aggressiver Austritt aus dem Leben. Auch die Art und Weise, wie sie es getan hat. Sowas gibt es ja auch immer wieder. Menschen springen aus dem Fenster, werfen sich vor U-Bahnen. Das ist kein leiser, heimlicher Tod. Das ist ja etwas, da wird eine Öffentlichkeit mit einbezogen und das macht ja immer etwas mit den Menschen, die die Leute kannten oder die irgendwie mit ihr gearbeitet haben. B05: Pos.: 179 - 187 (0)	Suizid ist immer etwas belastendes, wenn er vollendet ist. aggressive Maßnahme bzw. harte Suizidmethode (vor U-Bahn werfen) ebenfalls belastend) --> kein leiser Tod, sondern bezieht eine Öffentlichkeit ein B05

Code	Codierte Segmente	Summary
Belastungsfaktoren\ Suizidformen und -methoden	<p>Die eine war eine ambulante Patientin von mir, die aber beim Suizid stationär war. Die hat sich auf der Station erhängt. B06: Pos.: 57 - 59 (0)</p> <p>Sie war eine Borderline-Patientin, wo immer Suizidalität ein Thema war, auch während der ambulanten Betreuung, wo man vielleicht auch, wie mein alter Chef immer gesagt hat: "Manchmal kann man Menschen eben nicht davon abhalten", aber weil sie eben sehr jung war, hatten wir sie sehr restriktiv auf der geschlossenen Station zu der Zeit. Da war es ein Schock, dass sie das trotzdem geschafft hat, sich auf ihrem Klo zu erhängen. B06: Pos.: 63 - 69 (0)</p>	<p>sehr harte Suizidmethoden (erhängen), trotz restriktiver Maßnahmen bei einer Klientin ---> Schock, dass diese es trotzdem geschafft hat B06</p>
	<p>Der hatte sich dann vor einen Zug geworfen und in der Folge hatte ich viel damit zu tun, denn er hatte das gemacht, während er telefonierte mit Freunden. Und ich meine, es ist jetzt schon bald 10 Jahre her, deshalb muss ich überlegen, aber ich meine, es ging um eine unglückliche Verliebtheit in ein Mädchen. Das war schon, also ich sag mal, ein Suizid ist ja immer etwas Aggressives gegenüber dem Umfeld, aber das war in diesem Fall besonders so, denn er hat das während dieses Telefonats gemacht. Er hat das auch angekündigt und hat gesagt: "Ich springe jetzt direkt vor den Zug". Naja auf der andere Seite, da waren mehrere Leute am Telefon, die gesagt haben: "Der spinnt, der ist ja gar nicht bei den Gleisen" und er war es eben doch. B07: Pos.: 81 - 92 (0)</p> <p>Ich denke, weil es da eben vollendet war. Also das sind die, die dann tatsächlich auch verstorben sind. B07: Pos.: 230 - 231 (0)</p>	<p>- sehr aggressive Suizidmethode --> vor den Zug springen, besonders belastend, weil er das tat, während seine Freunde am Telefon waren</p> <p>- auch immer belastend, wenn es ein vollendeter Suizid ist --> bei Suizidversuchen nicht ganz so schlimm, weil "nichts" passiert und man weiterarbeiten kann, aber ein Suizid ist etwas Unwiderrufliches B07</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Belastungsfaktoren\ Suizidformen und -methoden	<p>Und das sind natürlich dann die belastenden Sachen. Das hat man sicherlich weniger bei Versuchen, die dann eben missglücken, da stellen sich diese Fragen weniger, weil es dann eben nicht passiert ist und man eben weiterarbeiten kann. Das macht sicherlich eine besondere Belastung aus. (6S) Das ist ja etwas Unwiderrufliches einfach. B07: Pos.: 258 - 262 (0)</p>	
	<p>Sie hat auch immer wieder Suizidversuche gemacht und hat eigentlich das gemacht, wovor ich am meisten (..) Sorge, Angst, Furcht hatte. Schwierig auszudrücken welches Gefühl es tatsächlich war. Nämlich Sie hat sich mit einem Verbandsmaterial, mit einer Mullbinde, stranguliert und ich habe sie, naja, entweder zu früh oder zu spät gefunden. B08: Pos.: 53 - 58 (0)</p> <p>Das Schreckliche daran war, dass ich genau diese Szenarien mit dieser Patientin, zu der ich ein relativ offenes und verbal direktes Verhältnis hatte, also ich habe da häufig kein Blatt vor den Mund genommen, das so verbalisiert, dass das so ein Horrorszenario für mich sei, sie in einem solchen Zustand zu finden. B08: Pos.: 66 - 72 (0)</p> <p>Mir fällt noch eine Geschichte ein, das war eigentlich auch ein Suizidversuch, würde ich sagen, da hat eine Patientin Feuer gelegt und das war schon eine sehr bedrohliche Situation. B08: Pos.: 347 - 350 (0)</p>	- sehr harte Methode (strangulieren), die für den Interviewten ein Horrorszenario war B08
Belastungsfaktoren\ Kontaktabbruch zu Klient*innen und deren Umfeld	<p>Aber dann hat das Jugendamt gesagt: "Wir zahlen nicht zwei Maßnahmen", also nicht den Erziehungsbeistand und die Wohngruppe. Und dann war ich raus, was jetzt dazu geführt hat, dass ich keine Ahnung habe, was mit ihr seitdem passiert ist und das ist unangenehm. B03: Pos.: 169 - 174 (0)</p>	Das Nicht-wissen darüber, wie es den Klient*innen geht und was seit dem Kontaktabbruch passiert ist = belastend B03

Code	Codierte Segmente	Summary
Belastungsfaktoren\ Kontaktabbruch zu Klient*innen und deren Umfeld	<p>Da habe ich dann auch ganz klar gesagt: "Ich gebe es meiner Nachfolgerin weiter, aber ich kann nichts mehr machen" und das ging mir schon nah, weil ich da natürlich schon in der Versuchung war, mich bei der O. zu melden und zu sagen: "Was ist denn los, kann ich dir irgendwie helfen". Vor allem, weil meine Kollegin, die arbeitet nur dreimal die Woche, also montags, donnerstags und freitags und das war ein Dienstag. Das heißt, sie ist erst zwei Tage später wieder in den Dienst gekommen. Und dann dachte ich, jetzt hängt sie zwei Tage in den Zeilen (...) ich weiß jetzt auch nicht, wie es weitergeht. B03: Pos.: 272 - 283 (0)</p>	
	<p>Das gab es eben gar nicht, also danach war wirklich wie abgeschnitten, zumindest für mich. Da gab es keine Auseinandersetzung mehr mit den Angehörigen. B08: Pos.: 317 - 319 (0)</p> <p>Ich habe allerdings die Patientin auch danach nicht mehr besucht, also ich bin nicht auf die Intensivstation gegangen, um sie da noch einmal zu sehen. Ich habe sie wirklich das letzte Mal bei der Reanimation gesehen. B08: Pos.: 320 - 323 (0)</p>	<p>- nach dem Tod der Klientin keinen Kontakt zu den Angehörigen mehr - kein Abschied nehmen von ihr --> konnte sie nicht auf Intensivstation besuchen (das letzte Mal bei Reanimation gesehen) B08</p>
	<p>Dann kam irgendwann eine Woche, wo sie nicht mehr erreichbar war. Es gab so ein System von Bezugsbetreuern, die halt hauptverantwortlich für die Person waren und die Person, die betroffen war, hatte sich gemeldet, dass sie sich gar nicht mehr meldet, obwohl sie immer sehr kontinuierlich war. Sie hat auch immer Termine abgesagt, wenn es nicht ging. Dann war sie nicht mehr zu erreichen und dann haben wir sie eine Woche lang gesucht. B09: Pos.: 106 - 113 (0)</p>	<p>- Klientin hat sich nicht mehr gemeldet und war nicht mehr zu erreichen --> wochenlanges Suchen --> Unsicherheit, was mit ihr passiert ist B09</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Belastungsfaktoren\berufliche Unerfahrenheit	Und ich dachte mir so, schwierig. Ich habe das sonst nur aus Filmen gekannt oder aus Serien, aber jetzt wirklich mal so direkt damit konfrontiert zu werden, das ist schon hart. B01: Pos.: 79 - 82 (0)	Beruflich noch sehr unerfahren, da Praktikant und im Umgang mit suizidalen Patient*innen keine Vorerfahrungen B01
	Aber wenn das wirklich so in der Realität, quasi vor mir war, war es halt schon so wow. Das ist nicht nur Fiktion und nicht nur so ein Gedanke, sondern es gibt wirklich Menschen, die das umsetzen müssen. B01: Pos.: 126 - 129 (0)	
	Ich wusste nicht mehr weiter und wusste auch nicht, ob das, was ich mache, wirklich gut ist. Wie gesagt, ich war halt nur Praktikant. B01: Pos.: 144 - 146 (0)	
	Wie gesagt, ich bin halt noch Praktikant gewesen. Auch wenn ich mich selbst als gut definiere in dem, was ich tue, weiß ich quasi noch nicht alles (...) und alle Lebenssituationen. B01: Pos.: 391 - 394 (0)	
	Ich glaube, das erste Mal ist immer das schlimmste. Also man kriegt in allen Dingen Routine, so schrecklich sich das manchmal vielleicht anhören mag, aber natürlich ist es so, wenn man das das erste Mal erlebt oder wo ich das das erste Mal erlebt habe, da war ich regelrecht geschockt. B02: Pos.: 217 - 222 (0)	Das erste Mal ist immer am schlimmsten, da man im Umgang mit suizidalen Patienten vermehrt Erfahrung sammelt und Routine gewinnt. Die Übung im Umgang damit verändert Haltung gegenüber suizidalen Verhalten. B02
	Aber tatsächlich die Übung, das Umgehen damit, das verändert einen natürlich auch selbst, weil man eine Haltung dazu gewinnen muss und deswegen ist es beim ersten Suizid, glaube ich schlimmer, als beim zehnten. B02: Pos.: 232 - 236 (0)	
	Für mich war das auf professioneller Ebene schlimm, weil ich in dem Beruf noch nicht lange war und Kommunikationspsychologie ist zwar pädagogisch angehaucht, aber es ist nicht so pädagogisch fundiert, wie man es in dem Beruf bräuchte. B03: Pos.: 104 - 110 (0)	belastend, da noch Berufsanfängerin und wenig Erfahrung im Umgang mit suizidalen Patient*innen + mangelnde Ausbildung (fehlende Vermittlung von pädagogischen und rechtlichen Aspekten) B03

Code	Codierte Segmente	Summary
Belastungsfaktoren\berufliche Unerfahrenheit	<p>Der zweite Punkt ist der, dass ich durch das, dass ich keine Soziale Arbeit oder Sozialpädagogik studiert hatte, keine Ahnung hatte, was die rechtlichen Grundlagen sind: was darf ich, was kann ich, wen darf ich melden, wen darf ich nicht melden, wo gilt die Schweigepflicht. B03: Pos.: 111 - 116 (0)</p>	
	<p>Ja, das war recht einschneidend. Ich glaube, jedes Erlebnis damals ist einschneidend. Da hatte ich gerade angefangen, das war eine meiner ersten Klientinnen und ich hatte auch in dem Bereich noch keine Berufserfahrung. B05: Pos.: 66 - 69 (0)</p> <p>Das war schon sehr sehr (..) also ja eine heftige Erfahrung. So kannte ich das jetzt auch noch nicht. B05: Pos.: 93 - 94 (0)</p> <p>Das war furchtbar, also ich war ja da gerade auch ganz neu. Das war ja eine meiner ersten Klientinnen. B05: Pos.: 139 - 140 (0)</p>	<p>War gerade Berufsanfängerin, als sie das erlebt (wenig Erfahrung im Umgang mit suizidalen Personen, keine Berufserfahrung) B05</p>
	<p>Bei dem ersten Suizid mit dem Zug, war ich auch erst 2-3 Jahre im Dienst gewesen, da war ich also noch relativ frisch. Das mag so vielleicht 1 1/2 Jahre nach dem Berufserkennungsjahr gewesen sein. B07: Pos.: 196 - 199 (0)</p>	<p>Bei dem ersten Suizid noch Berufsanfänger (wenig Berufserfahrung) B07</p>
Belastungsfaktoren\Kontakt mit den Angehörigen	<p>Was mich an dem Fall so schockiert hat ist, (...) dass ich eben den Vater beraten konnte, wie ich wollte, er hat sich einfach nicht darauf eingelassen, dass in Deutschland die Dinge anders sind und dass es da in Ordnung ist, wenn man mit 13 in einer Clique ist, wo nicht nur Mädchen sind. B03: Pos.: 86 - 92 (0)</p>	<p>Kontakt mit den Angehörigen war schwierig, da diese die Probleme der Klient*innen verkannten und ein Zusammenarbeiten schwierig war B03</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Belastungsfaktoren\Kontakt mit den Angehörigen	<p>Ich habe viel versucht mit der Mutter daran zu arbeiten, dass die O. nicht die Aufmerksamkeit bei den anderen will, sondern die Aufmerksamkeit bei den anderen nimmt, weil sie sie von ihr, wo sie die Aufmerksamkeit eigentlich her will, nicht bekommt. Die Mutter hat sich völlig quer gestellt und hat gesagt: "Ich habe noch fünf andere Kinder, wenn jedes Kind so viel Aufmerksamkeit bräuchte, die Zeit habe ich einfach nicht". Ich habe ihr dann versucht zu erklären, dass jedes Kind anders ist und nicht jedes Kind die gleiche Aufmerksamkeit braucht, andere sind mit weniger Aufmerksamkeit zufrieden. Aber wenn sie will, dass die O. sich gut entwickelt, dann braucht sie die Aufmerksamkeit einfach. Das hat bei ihr nicht gefruchtet. B03: Pos.: 248 - 263 (0)</p>	
	<p>Ich kannte ihre ganze Lebensgeschichte, ich kannte den Bruder, also da war viel Zeit um denjenigen auch wirklich kennenzulernen. B05: Pos.: 189 - 191 (0)</p> <p>Ich musste auch nicht ständig grübeln und überlegen, was man anders hätte machen können oder überlegen, wie es in dem Moment dem Bruder geht. B05: Pos.: 300 - 302 (0)</p>	<p>Kannte den Bruder der Klient*in, zu dem diese einen engen Kontakt hatte</p> <p>Musste beim Nachdenken über den Suizid auch daran denken, wie es dem Bruder damit geht. B05</p>
	<p>Das Mädchen, die wir dann in Obhut genommen haben, hat auch eine leichte geistige Behinderung. Das heißt es war auch da noch einmal sehr schwierig das Ganze überhaupt mit ihr zu besprechen, was auf sie zukam, was passiert ist und so weiter. B07: Pos.: 69 - 73 (0)</p> <p>Also da hat sich jemand umgebracht und der hinterlässt einen Riesenscherbenhaufen. Wenn man dann mit dem entsprechenden Kind arbeitet, das ist schon belastend. B07: Pos.: 160 - 162 (0)</p>	<p>- bei dem Suizid des Vaters enger Kontakt zu dem Mädchen --> belastend, ihr die Nachricht zu überbringen, sie darunter leiden zu sehen und zu sehen, wie sie nun ganz allein ist und niemanden mehr hat B07</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Belastungsfaktoren\Kontakt mit den Angehörigen	Also Opa und Onkel waren zu diesem Zeitpunkt auch nasse Alkoholiker und die Mutter in der psychiatrischen Klinik, die war wirklich fern von gut und böse. Die hatten sie auch mit Medikamenten abgeschossen. Und sie war im Grunde völlig alleine in einer fremden Umgebung und hatte nur noch dieses Karnickel. Das ist natürlich schon etwas Belastendes für einen selbst. B07: Pos.: 184 - 189 (0)	
	Ich hatte, mit einer Ärztin unserer Abteilung, relativ engen Kontakt zu ihr und auch zu der Familie. B08: Pos.: 164 - 166 (0)	- vor dem Ereignis auch engen Kontakt zu den Angehörigen B08
Belastungsfaktoren\Eigenschaften des/der Klient*in	Deshalb hat mich das dann auch runtergezogen, weil ich mir dachte, das ist schon schade. Es wäre irgendwo für sie, in der Zukunft betrachtet, weil sie ist halt 16, jetzt 17. (...) Sie hat auch wirklich so viele Ressourcen, was sie werden kann. Sie schreibt super gute Texte und hat auch schon einmal selbst ein Buch geschrieben. Ich dachte mir so, das ist so eine Engagierte und auch ein liebes Mädchen und nur, weil es mit ihren Eltern nicht klappt, heißt das noch lange nicht, dass das Outing nicht klappt. B01: Pos.: 273 - 281 (0)	belastend war das junge Alter der Klientin & er sprach er viele Ressourcen zu (engagiert, intelligent, freundlich) B01
	Was weiß ich, eine Frau so alt wie ich, aber eine Krebserkrankung, die sie innerhalb der nächsten Wochen umbringen wird, da habe ich mehr Probleme in der Abgrenzung. Nette Patienten mit Problemen, die ich nachvollziehen kann, vielleicht ähnliches Alter, da habe ich auch Schwierigkeiten mich abzugrenzen. Aber das ist ein völlig normales Phänomen. Das hat nie was damit zu tun, wie schwer jetzt dieser Fall war (...) wenn es Menschen tun oder Menschen trifft, denen ich mich näher fühle, war es auch immer mehr ein Problem für mich. Es ist aber wirklich dieser Faktor, das hat auch nichts mit Routine zu tun. Das wird auch immer das Problem bleiben. Also wenn ich jemanden doof finde und der bringt sich aus einer völlig bescheuerten Situation um, die ich nicht nachvollziehen kann, dann habe ich da weniger ein Problem mit, als wenn das ein Mensch ist, der mir gefühlt näher steht oder ähnlicher ist. B02: Pos.: 270 - 286 (0)	- Ähnlichkeit zum/zur Klient*in (ähnliches Alter, nachvollziehbare Probleme) - Sympathie (nette/r Patient*in) --> bewirkt Nähe zum Patienten --> hat nichts damit zu tun, wie schwer Fall ist und wie erfahren man ist, wenn es Menschen trifft, denen man sich näher fühlt, immer belastend B02

Code	Codierte Segmente	Summary
Belastungsfaktoren\ Eigenschaften des/der Klient*in	<p>Naja es sind Kinder. Ich finde, wenn Kinder in dem Alter schon das Gefühl haben, sie müssten ihr Leben beenden, dann frage ich mich, warum. B03: Pos.: 303 - 305 (0)</p> <p>Ich glaub, dass es mich deshalb so mitgenommen hat, weil es noch Kinder sind und die mit dem Tod noch nix am Hut haben. B03: Pos.: 331 - 334 (0)</p> <p>Erstens hat mich das extrem mitgenommen, weil der Suizid da zu Ende geführt wurde, weil da wirklich nichts mehr zu machen war und vor allem, weil es auch wieder ein Kind war. B03: Pos.: 384 - 387 (0)</p> <p>Vielleicht habe ich mich mit ihr auch ein Stück weit verbunden gefühlt, weil sie im gleichen Alter war wie ich. Ich dachte dann auch einfach: "Was kann eigentlich alles schief laufen, wie viel Mist kann einem einzelnen Menschen passieren?". B03: Pos.: 443 - 447 (0)</p>	<p>- junges Alter der Klient*innen - Verbundenheit und Nähe zu Klientin (gleiches Alter) --> Anteilnahme B03</p>
	<p>Also ich glaube, dass das schon für mich der wichtigste Faktor war. (..) Sympathie vielleicht auch, also dass ich beide Patientinnen sympathisch fand und aus meiner Sicht, war es nicht so nachvollziehbar, warum die nicht mehr leben möchten. Es war unverständlicher, warum sie sich umbringen wollten. B06: Pos.: 176 - 180 (0)</p>	<p>Sympathie der Klient*innen, Klient*innen viele Ressourcen zugesprochen --> unverständlich, warum sie nicht mehr leben möchten B06</p>
	<p>Die junge Frau war gerade mal 21 Jahre alt, als das passiert ist ((atmet schwer aus)). B08: Pos.: 81 - 82 (0)</p>	<p>- junges Alter der Suizidantin - Diagnose der Patientin (Borderline) --> hat das Team gespalten und zu Konflikten geführt B08</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Belastungsfaktoren\ Eigenschaften des/der Klient*in	Sicherlich einerseits an der Diagnose, die diese Patientin hatte. Sie hat von vornherein das Team sehr gespalten, das war eine Patientin mit einer Boderline-Störung. B08: Pos.: 161 - 164 (0)	
Belastungsfaktoren\Qualität und Quantität der sozialen Unterstützung	Das war auch allgemein eine schwierige Situation, weil mein Anleiter ist quasi gekündigt worden und war dann nicht mehr da, weil er krankgeschrieben war bis Ende Dezember. Er hatte einfach keine Lust mehr in die Schule zu kommen, dementsprechend war ich dann der einzige Sozialarbeiter dort. Also hatte ich auch keinen, der mir ein paar Tipps gibt und mich auffängt. B01: Pos.: 146 - 153 (0)	hatte keinen Praxisanleiter und allgemein selten jemanden, mit dem er sich austauschen konnte und der ihn auffängt B01
	Na mein Chef damals, der hat nicht so entspannt oder cool oder wie auch immer reagiert. Dass ich da reinplatze und sagte hier das und das ist passiert und ich würde das gern besprechen, das fand der ein bisschen befremdlich und hat sich da so rausmanövriert. Mit dreieinhalb Sätzen hat der mich abserviert. B02: Pos.: 240 - 245 (0)	- keine Unterstützung vom Vorgesetzten, es fand kein entlastendes Gespräch statt - Chef sollte erfahrener sein und seine Erfahrung weitergeben, v.a. Zuhören und sich Zeit nehmen B02
	Der sollte ja erfahrener sein als ich und wissen, dass das zum Geschäft gehört und auch ein bisschen Erfahrung haben, obwohl eigentlich sagt das einem ja die Menschlichkeit. Wenn irgendjemand, sei es ein Kollege oder die Putzfrau, wenn irgendjemand kommt und so eine Geschichte erzählt und offensichtlich belastet ist, dann sollte man den Stift wegschmeißen und diesen Menschen zuhören. Und das war Pech, der Chef war halt ein bisschen doof. Ich bin ja auch da weggegangen. B02: Pos.: 251 - 259 (0)	
	Dann habe ich erst in der Schule Bescheid gesagt, dass ich ganz dringend wegmuss und habe dann im Auto versucht, irgendeine Teamleitung von mir zu erreichen. Die waren irgendwie alle im Urlaub oder gerade nicht da oder sonst was, inklusive dem Chef. B03: Pos.: 120 - 124 (0)	Nach dem Ereignis keiner aus dem Team erreichbar B03

Code	Codierte Segmente	Summary
Belastungsfaktoren\Qualität und Quantität der sozialen Unterstützung	<p>Die Ärzte dort, als die es mir erzählt haben, das war eine Information, die ich bekommen habe und dann wurde ich so damit nach Hause geschickt. Da war also nicht viel Raum für: "Wie geht es Ihnen jetzt?" oder "Brauchen Sie etwas?", sondern es war so: "Das ist die Info, brauchen Sie ein Taschentuch, auf Wiedersehen". B05: Pos.: 237 - 241 (0)</p>	<p>Als sie die Nachricht erhalten hat, wurde sie vom Klinikpersonal nicht aufgefangen, sondern mit der Information nach Hause geschickt B05</p>
	<p>Der Leiter dieses Projektes hat dann in der Woche drauf ein Gespräch mit mir geführt, weil ich als Praktikant da war und das Setting war schon total bekloppt, bei offener Tür in einem Büroraum, wo mehrere Plätze sind und Menschen hin und her gehen können. Ein super unsafes Setting, obwohl das ein Haus war, wo wir Beratungsräume hatten. Und dann hat er mit mir ein Gespräch geführt und wollte wissen, wie es mir jetzt damit geht und ich hatte es dann damals so formuliert, dass ich gesagt habe: "Ich muss gucken, was das mit mir macht. Es ist jetzt ein Teil meines Lebens und damit muss ich jetzt auch klarkommen und ich muss gucken, was da auf mich zukommt". Da erwiderte er mir, dass ich das nicht so formulieren sollte, dass es nicht ein Teil meines Lebens wäre, sondern nur eine Episode. Was total verrückt war und ich dachte: "Was fängst du denn jetzt an, mir meine Selbsteinschätzung oder meine Einschätzung dieser Lage abzusprechen, da hast du nicht mit rein zu schnacken". B09: Pos.: 238 - 255 (0)</p>	<p>- keine optimale soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten (nahm sich nicht wirklich Zeit, Setting im offenen Büroraum mit den anderen Kolleg*innen) B09</p>
Belastungsfaktoren\eigene Vorbelastung	<p>Ich finde, jeder Mensch denkt mal über das Thema Tod und wie wäre es wenn man nicht mehr lebt, nach, davon bin ich auch nicht befreit. Das hatte ich auch mal gehabt. B01: Pos.: 123 - 126 (0)</p> <p>Ich hatte auch mal so einen Moment, wo ich quasi auch dachte mir kurz das Leben zu nehmen, aber das war jetzt auch nicht so eine lange Phase wie bei ihr. Sie hat diese Gedanken ja jetzt schon fast 3 Jahre, aber noch nicht durchgeführt und bei mir war es halt nur ein kurzer Moment, wo ich einmal richtig down war. Da stand ich dann quasi so am Klippenabgrund und dachte mir so: "Ne, Leben ist doch besser". Wieder umgedreht und seitdem auch so entwickelt, das Leben wieder mehr zu schätzen. B01: Pos.: 247 - 256 (0)</p>	<p>eigene Vorerfahrungen mit dem Thema, da er selbst schon einmal suizidale Gedanken hatte B01</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Belastungsfaktoren\eigene Vorbelastung	<p>Das waren dann eher andere Schicksale, die mich mitgenommen haben, aber im suizidalen Kontext (..) das sind eher private Dinge, die ich mitgekriegt habe, die mich mitgenommen haben. Die hatten gar nicht so mit mir zu tun. Zum Beispiel auch eins, was wieder mit Kindern zu tun hat - da war ich 15 oder 16 - und da hatte sich ein 14-jähriges Mädchen bei uns in der Scheune erhängt. B03: Pos.: 375 - 383 (0)</p>	- im privaten Kontext einen Suizid erlebt B03
	<p>Auch zum Beispiel meine Oma hat mal, die hat nicht wirklich Suizid verübt, aber die hat mich mal aufgefordert, sie hat im Altenheim gelebt, sie wollte nicht mehr leben und hat mich dann aufgefordert, dass ich sie umbringe und hat mir da Mordpläne vorgelegt. Das ist dann aber eher im privaten Bereich, nicht aus dem professionellen Kontext. B04: Pos.: 17 - 22 (0)</p> <p>Also dieses aus dem privaten Umfeld, das hat mich geprägt von Anfang an. B04: Pos.: 89 - 90 (0)</p>	eigene Vorbelastung --> Suizidandrohung im familiären Umfeld (Sterbewunsch von Oma, die wollte, dass es Enkel ausführt) B04
	<p>Und es hat auch in einer Zeit stattgefunden, wo es nicht der einzige Todesfall in meinem Umfeld war. Das hat ganz klar meine Arbeit und meine Person geprägt. B09: Pos.: 206 - 208 (0)</p>	- in dem Zeitraum nicht der einzige Todesfall in seinem Umfeld B09
Belastungsfaktoren\Intensität des Kontaktes	<p>Schon eine sehr große Rolle, weil quasi diese eine Hauptklientin die ich hatte, die ich wirklich, sagen wir mal so, von Anfang Oktober bis wirklich zum Ende betreut habe. Die hat das quasi dann irgendwann im Verlaufe unserer Interventionsgespräche geäußert und dann habe ich noch zusätzlich sie in meiner Achtsamkeitsgruppe gehabt, wodurch ich quasi locker zweimal pro Woche mit ihr geredet habe und halt auch diesen ganzen Prozess mitbekommen habe. B01: Pos. 38 - 45 (0)</p> <p>Deswegen hat sie quasi daran gedacht und ist mit dem Anliegen zu mir gekommen, weil ich vertrauensvoll wirkte. B01: Pos.: 100 - 102 (0)</p>	<p>Dauer des Kontaktes: 2x die Woche, das gesamte Praxissemester über</p> <p>- gute, vertrauensvolle Beziehung zur Klientin B01</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Belastungsfaktoren\Intensität des Kontaktes	<p>Und dann noch die ganze Vorgeschichte zu erleben, sie hatte wirklich gar keine Lust mehr auf das Leben. Da dachte ich mir so, wow, das ist echt krass. B01: Pos.: 121 - 123 (0)</p> <p>Es ist auch mittlerweile ein Teil meiner Arbeit geworden, weil ich so ein Typ Mensch bin, der beim Nähe-Distanz-Verhältnis eher mehr bei der Nähe ist und dementsprechend auch mal mehr von sich persönlich äußert. B01: Pos.: 237 - 241 (0)</p> <p>Definitiv dadurch, dass ich eben ihnen viel anvertraue und die Jugendlichen auch mir viel anvertrauen, dass ich dadurch auch eine Nähe aufbaue und auch ein Vertrauensverhältnis aufbaue. Dementsprechend meine KlientInnen, die ich betreue, mir auch wichtig sind. Jetzt nicht irgendwie so: "Das ist jetzt ein Fall, gut der ist abgehakt", sondern für mich sind es Menschen, die dann zu meinem Umgebungskosmos gehören. Es ist ja auch schließlich die Arbeit. Wir verbringen meistens schon mehr Zeit mit diesen Menschen als mit unseren außerarbeitlichen Freunden. Und dementsprechend finde ich schon, dass man sich dann auf die einlassen kann. (...) Deswegen belastet mich das auch, weil es dann ein Mensch geworden ist, der mir auch wichtig ist, dem ich auch helfen möchte. B01: Pos.: 259 - 273 (0)</p> <p>Ja, das ist jetzt aber nicht so, wie was Anderes, aber halt wirklich so ein gutes Arbeitsverhältnis. B01: Pos.: 306 - 307 (0)</p>	
	<p>Aber es ist ein ganz normales Phänomen überall in der Psychotherapie, dass wenn man Menschen nahe ist oder die einem ähnlich sind, kann man sich schlechter abgrenzen. B02: Pos.: 267 - 270 (0)</p> <p>Das hat nie was damit zu tun, wie schwer jetzt dieser Fall war (...) wenn es Menschen tun oder Menschen trifft, denen ich mich näher fühle, war es auch immer mehr ein Problem für mich. B02: Pos.: 276 - 279 (0)</p>	<p>Wenn enge Beziehung zu Klient*innen aufgebaut, immer schwierig und belastend, egal wie schwer der Fall ist B02</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Belastungsfaktoren\Intensität des Kontaktes	<p>Das Zweite, was mich daran schockiert hat ist, dass sie dann zu mir einen so viel größeren Bezug hatte, dass, nachdem sie in der Schule vom Dach springen wollte, die Schulsozialarbeiterin nicht den Vater angerufen hat, sondern mich. (...) Da dachte ich dann: "Ok, da haben sich die Rollen schon so verschoben". Also dass ich nicht mehr der Erziehungsbeistand bin, sondern schon so eine relevante Bezugsperson für sie, dass das wieder ein Problem werden kann, wenn ich aus dem Fall rausgehe, weil sie dann wieder diesen Verlust von einer engen Bezugsperson hat. B03: Pos.: 93 - 104 (0)</p> <p>Das heißt, da hätte ich eigentlich schon auf meine Psychohygiene achten müssen, aber da ist man dann auch irgendwo Mensch. Ich meine, ich hatte sie schon ein halbes Jahr betreut, da ist man halt irgendwie doch involvierter, als man das manchmal sein sollte. B03: Pos.: 161 - 166 (0)</p> <p>Je nachdem wie involviert man ist, sagt man halt, das trifft mich eher oder es trifft mich weniger. B03: Pos.: 480 - 481 (0)</p>	<p>- sehr intensive Beziehung zu Klient*innen --> Bezugsperson - Dauer des Kontaktes: 6 Monate - je nachdem, wie involviert sie ist, ist sie mehr oder weniger belastet B03</p>
	<p>Ich habe sie dann öfter besucht und habe mit ihr Wege gemacht, zur Wohnung, also sie durfte raus, in Begleitung. B05: Pos.: 71 - 73 (0)</p>	<p>- Hat die Klientin im Alltag begleitet (kannte die Wohnung, Begleitung zu Ärzten, Ämtern etc.) --> intensiver Kontakt (kennt die Häuslichkeit des Klienten/sein privates Umfeld/Angehörige)</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Belastungsfaktoren\Intensität des Kontaktes	<p>Ich habe dann immer versucht da einen Zugang zu finden und (..) das hat auch funktioniert, zum Teil. Sie hatte Vertrauen zu mir, was ich erstaunlich fand, weil sie hatte ein generelles Misstrauen gegenüber sämtlichen Klinikpersonal, Menschen auf der Straße, Leute in ihrem Umfeld. Ihr Bruder war noch eine wichtige Bezugsperson, der sie auch sehr stark vertraut hat. Und so konnte ich mit ihr reden, so war ich nicht in ihr Wahnsystem eingebunden. B05: Pos.: 78 - 84 (0)</p> <p>Natürlich, ich hatte ja auch in dem dreiviertel Jahr eine Beziehung zu ihr aufgebaut. Das ist kein anonymer Mensch, sondern jemand, der mir auch irgendwo nah war. Ich kannte ihre ganze Lebensgeschichte, ich kannte den Bruder, also da war viel Zeit um denjenigen auch wirklich kennenzulernen B05: Pos.: 187 - 191 (0)</p> <p>Das sieht man ja immer mal wieder, wenn eine S-Bahn irgendwo gesperrt ist oder ein Notarzt da ist. Dann ist man erst einmal in diesem sehr egozentrischen Modus, mit sich selbst beschäftigt und denkt sich: "Da hat sich wieder jemand ... musste das jetzt sein". Aber das ist ja etwas ganz anderes, wenn ich denjenigen kannte. B05: Pos.: 197 - 201 (0)</p>	<p>- Klientin hatte generelles Misstrauen gegenüber anderen Menschen, ihr hat sie jedoch vertraut --> Beziehung auf Vertrauensbasis</p> <p>- Dauer des Kontaktes: dreiviertel Jahr --> Ereignisse belastender, wenn man den/die Suizidant*in kennt und ihr/ihm nahe war B05</p>
	<p>Aber das war eine Patientin, die ich sehr eng betreut hatte und da weiß ich, dass das in mir schon so ausgelöst hat: "Hätten wir etwas anders machen können?". B06: Pos.: 61 - 63 (0)</p> <p>Betroffen (..) bei der ersten Patientin, die ich gesagt hatte, die sich auf der Station suizidiert hat, auch wirklich (..) ich sag jetzt mal Trauer, betrübt, weil ich einen engen Kontakt mit ihr pflegte. B06: Pos.: 111 - 113 (0)</p> <p>Ich glaube, ich habe sie fast zwei Jahre ambulant begleitet. B06: Pos.: 113 - 114 (0)</p>	<p>- enger Kontakt mit einer Klientin, die sie über 2 Jahre lang begleitete --> sehr betroffen und traurig</p> <p>- mit der anderen Klientin vorher nicht so emotional eng verbunden, aber in der Therapie ist viel über Beziehung gelaufen</p> <p>- Suizide bleiben in Erinnerung, durch die Beziehung, die man zu den Klient*innen hatte, an andere kann sie sich nicht mehr so gut erinnern B06</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Belastungsfaktoren\Intensität des Kontaktes	<p>Also ganz viel ist in der Therapie bei dieser sehr jungen Patientin über Beziehung gelaufen B06: Pos.: 122 - 123 (0)</p> <p>Bei der anderen Patientin, die sich draußen suizidiert hat, mit der war ich, glaube ich, vorher nicht so eng emotional verbunden. B06: Pos.: 126 - 128 (0)</p> <p>Aber ich glaube, das Meiste war wirklich die Beziehung, weil es gab bestimmt noch mehr, die sich umgebracht haben, die mir aber nicht so in Erinnerung sind. B06: Pos.: 180 - 182 (0)</p>	
	<p>ich kannte diese Familie schon relativ lange, diesen Vater auch, weil sie schon lange erzieherische Hilfe hatten. B07: Pos.: 55 - 56 (0)</p> <p>Den hatte ich gar nicht oft gesehen, ein- oder zweimal, auch mit den Eltern mal gesprochen. Da hatte ich also gar nicht zu der Person so unbedingt den Kontakt gehabt. Der war mir halt bekannt aus Beratungsgesprächen, wegen Lappalien.B07: Pos.: 75 - 79 (0)</p> <p>Im Fall des Jugendlichen sehe ich ihn noch vor mir, also da habe ich eine gute Erinnerung an mindestens ein Gespräch, aber ich habe da keinen Draht, da gab es keine sozialpädagogische Beziehung, wie man die zu anderen Jugendlichen hat. Das war ein Beratungsnehmer, wie sie mal kommen.B07: Pos.: 234 - 238 (0)</p> <p>Den habe ich einige Jahre sehr intensiv begleitet und der ertrank dann in einem See und da waren zwar Leute dabei, aber man konnte es nicht genau sagen. B07: Pos.: 346 - 348 (0)</p>	<p>- Kontakt zu dem Vater und dem Jugendlichen, der im See ertrank = sehr intensiv</p> <p>- bei dem Jugendlichen, der sich vor den Zug warf, Beziehung eher nicht so nah (seltener Kontakt) B07</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Belastungsfaktoren\Intensität des Kontaktes	<p>Da hat eine junge Frau, die ich schon seit längerer Zeit, also längere Zeit heißt wirklich zwei Jahre in diesem Fall, bei uns als Patientin gelegen hat. B08: Pos.: 50 - 53 (0)</p> <p>dass ich genau diese Szenarien mit dieser Patientin, zu der ich ein relativ offenes und verbal direktes Verhältnis hatte B08: Pos.: 67 - 69 (0)</p> <p>Das macht diesen Fall, von dem ich gesprochen habe so besonders, weil die Distanz da, meines Erachtens nach, geringer war und vielleicht tatsächlich das professionelle schon so ein bisschen verlassen hat. B08: Pos.: 290 - 294 (0)</p>	<p>Hat sie 2 Jahre begleitet und hatte ein offenes und nahes Verhältnis zu ihr --> Distanz so gering, dass die professionelle Ebene schon etwas verlassen war B08</p>
	<p>Es war sehr sehr schwierig mit ihr Kontakt aufzubauen, gerade mit männlich gelesenen Personen hatte sie große Probleme, wahrscheinlich durch ihr Trauma. Das hatte sich dann über die Monate so langsam aufgebaut, dass sie in dieser Gruppe auch ein bisschen mehr angekommen ist. Ich hatte mit ihr dann ein, zwei Gespräche, das war ein großer Fortschritt. Sie war auch so mittel-regelmäßig dabei, aber weil sie einfach sonst noch so viele Bezugstherapien hatte, weil der Fall auch so intensiv war. B09: Pos.: 97 - 106 (0)</p> <p>Dann war sie nicht mehr zu erreichen und dann haben wir sie eine Woche lang gesucht. Also ich habe bei ihr Zuhause geklingelt, wir haben verschiedene Kliniken abtelefoniert, fast bundesweit. Ich habe bis nach Berlin telefoniert, weil sie wollte wohl irgendwo hin gehen. B09: Pos.: 112 - 117 (0)</p> <p>Ich war, dadurch dass ich so unregelmäßig Kontakt mit ihr hatte und sie nur in der Gruppe gesehen habe und nicht die tollste Beziehung zu ihr hatte, aber schon nah genug war, gerade die letzte Woche sie so intensiv gesucht habe, war ich so reingezogen. B09: Pos.: 169 - 173 (0)</p>	<p>- schwierig mit Klientin Kontakt aufzubauen, als durch Beziehungsarbeit Gespräche mit ihr geführt werden konnten --> Erfolg - nicht den engsten Kontakt zur Klientin, da er sie unregelmäßig sah, trotzdem involviert, da er sie gerade in der Woche, als sie sich nicht mehr meldete, intensiv suchte B09</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Reaktionen auf Suizidereignisse\kein Fühlen, nur Funktionieren	<p>Also in dem Moment ist man ja im Dienst und da passiert erstmal im Ablauf nicht so viel Fühlen, würde ich sagen, da passiert erst einmal Agieren. Da laufen bestimmte Dinge einfach ab, die dann ablaufen müssen. B07: Pos.: 110 - 113 (0)</p> <p>Allzuviel fühlen gönnt man sich in dem Moment auch nicht. Das kommt dann, wie gesagt ein bisschen später. B07: Pos.: 190 - 191 (0)</p>	<p>Fühlen kommt erst später, erst ist man in dem Prozess des Agierens, bei dem man strikt gewissen Abläufe befolgt, die nach einem Suizid ablaufen müssen. B07</p>
	<p>Ab dem Zeitpunkt hat man nur noch funktioniert, da habe ich auch keine Erinnerung an irgendwelche Gefühle, da reanimiert man und versucht die Hilfe zu koordinieren. Wie es danach war, ja, großes Chaos in meinem Kopf. (...) Aber in der Situation selbst, wie gesagt, vorher so eine Vorahnung und Sorge, aber als ich sie dann wirklich gefunden habe nur noch reines Funktionieren, um eben die Reanimation durchzuführen. B08: Pos.: 113 - 120 (0)</p>	<p>Kurz nach dem Ereignis hat man nur noch funktioniert, um die typischen Abläufe nach einem Suizid abzuwickeln (Reanimieren, Hilfen koordinieren) --> keine Erinnerung an Gefühle B08</p>
	<p>Ich war halt so ein bisschen im Organisationsmodus, vieles kam nicht so richtig an, ich war noch so sehr sehr funktionell unterwegs. B09: Pos.: 147 - 149 (0)</p>	<p>- Nach der Nachricht erst einmal im Organisationsmodus B09</p>
Reaktionen auf Suizidereignisse\Ambivalenz	<p>Das finde ich, ist das Schwierige, dass ich weiß, dass ich an dem Suizidversuch keine Schuld habe. Ich habe mich aber so unfähig gefühlt oder so belanglos, weil ich diejenigen, die den Einfluss darauf haben, nicht beeinflussen konnte und das war ja eigentlich meine Aufgabe. B03: Pos.: 179 - 185 (0)</p>	<p>- wusste, dass sie keine Schuld an dem Suizid hat, hat sich aber unfähig gefühlt, da sie dachte, ihre Aufgabe nicht erfüllt zu haben und keinen Einfluss auf die Ereignisse nehmen konnte B03</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Reaktionen auf Suizidereignisse\Ambivalenz	<p>Und ich bin da echt safe mit, weil ich glaube, dass das zu dem Zeitpunkt kein Thema war bei dem Jungen. Auf jeden Fall keines, dass irgendwie hätte erkannt werden können. Wenn es für ihn innerlich eins war, dann hat er es nicht zeigen wollen oder können. Insofern glaube ich, ist da niemanden etwas vorzuwerfen, auch den Eltern nicht oder anderen Personen. Zumindest soweit ich das weiß und trotzdem ist es natürlich so, dass man sich rein menschlich diese Fragen stellt. B07: Pos.: 242 - 248 (0)</p>	<p>- Weiß, dass niemand an dem Suizid Schuld hat und dass der Jugendliche auch zu keiner Zeit Suizidtendenzen geäußert hat, fragt sich aber doch, ob irgendwas in der Beratung falsch gelaufen ist oder ob er irgendwas übersehen hat (Schuld) B07</p>
	<p>Aber gleichzeitig auch das Wissen darüber, dass letztendlich ich nicht dafür verantwortlich bin, sondern sie selbst. Ich habe ihr ja den Mullverband nicht um den Hals gelegt, sondern das war ihre Verantwortung, sie hat den Zeitpunkt gewählt. Und das, also diese beiden Pole, einerseits sich als Beschützer zu fühlen mit einer gewissen Nähe und andererseits die professionelle Distanz mit dem Wissen, dass es nicht meine Verantwortung ist, dass sie das getan hat. Das hat dann zu diesem inneren Konflikt, Chaos geführt. B08: Pos.: 176 - 185 (0)</p> <p>Ich kann das kopfmäßig schon klar sagen, dass es ihre Entscheidung war, nicht meine, aber andererseits, wäre ich vielleicht 5 Minuten früher rumgegangen (..). B08: Pos.: 186 - 189 (0)</p> <p>Solche Sachen, die eigentlich rational nicht so richtig erklärbar sind, die kommen dann aber, also hätte, hätte, Fahrradkette, war nunmal nicht so. Letztendlich ist es vom Verstand her nicht meine Verantwortung, <u>aber</u>, es gibt immer ein Aber. (4S) B08: Pos.: 189 - 193 (0)</p>	<p>- einerseits übernahm er eine große Verantwortung für sie (fühlte sich als Beschützer) und wollte sie eigentlich vor einem Suizid bewahren und macht sich Schuldzuweisungen, andererseits weiß er, dass es nicht seine Verantwortung war, sondern die Verantwortung bei ihr lag B08</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Reaktionen auf Suizidereignisse\berufliche Befriedigung	<p>Der eine Klient, den ich jetzt noch betreue mit seinen 60 Jahren, das ist schon ein Ding, dass er so alt geworden ist. Der hat auch schon einige Versuche hinter sich und auch schon einen Kohlegrill bestellt im Internet, der stand dann in seiner Wohnung. Da ist dann ein Kollege hingefahren, der hat den gleich eingesackt und mitgenommen, dass der gar nicht auf blöde Gedanken kommt. Und der ist jetzt so stabil. Er sagt jetzt auch seit einem Jahr: "Das ist überhaupt kein Thema mehr, daran denke ich gar nicht mehr. Mein Leben ist gut. Es ist zwar viel schief gelaufen in der Vergangenheit und ich musste viel leiden, aber so wie es jetzt ist, ist es gerade gut". Das ist das Beste, was einem passieren kann, wenn Klienten das sagen nach so einer Leidensgeschichte und so vielen Suizidversuchen, -gedanken.</p> <p>B05: Pos.: 348 - 359 (0)</p>	<p>Wenn man gemeinsam mit Klient*innen Suizidalität überwinden kann --> gutes Gefühl (das ist das Beste, was einem passieren kann)</p> <p>B05</p>
	<p>Die war auch eigentlich immer suizidal, aber da hat das funktioniert über diese Beziehung. Am Ende konnten wir uns auch wirklich trennen, weil sie fand, jetzt können wir die Therapie beenden und sie hat mir auch die Rückmeldung gegeben: "Weil Sie immer an mich geglaubt haben und mir immer vertraut haben, lebe ich noch" und das hat mich darin bestärkt, Therapie über Beziehung zu machen.</p> <p>B06: Pos.: 184 - 190 (0)</p>	<p>mit Klientin Suizidalität überwunden dadurch, dass in der Therapie viel über Beziehung gearbeitet wurde --> gutes Gefühl, hat sie bestärkt weiterhin Therapie über die Beziehungsebene zu machen</p> <p>B06</p>
	<p>Für mich, klingt jetzt vielleicht ein bisschen schräg, sind das Situationen gewesen, die sehr herausfordernd waren und die auch, das ist jetzt nicht so böse gemeint, wie es klingt, Spaß machen. Also beruflich Spaß machen in dem Sinne, dass man merkt, man kann das mit der Familie bewältigen und man kann auch hilfreich sein für die Familie, auch für das Kind oder für Angehörige. In der Weise, dass die doch was davon haben in dieser schrecklichen Situation, die für die Familienangehörigen Worst-Case ist und wenn man dann merkt, man kann da, mit dem, was man tut ein kleines Stück weit hilfreich sein, dann ist das beruflich durchaus auch etwas Befriedigendes.</p> <p>B07: Pos.: 135 - 144 (0)</p>	<p>Wenn man ein schwieriges Ereignis gemeinsam mit der Familie meistern kann, macht das beruflich Spaß, da man sieht, dass man für die Familie hilfreich ist und seine beruflichen Aufgaben und seine Rolle gut erfüllt. --> auch hilfreich für das eigene Fühlen, da sich das Ereignis so abschließen lässt</p> <p>B07</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Reaktionen auf Suizidereignisse\berufliche Befriedigung	<p>Was hilfreich ist, auch im eigenen Fühlen, wenn diese Dinge sich relativ gut abschließen lassen. In dem Sinne, dass man diese Familien so lang begleitet, bis es dann sozusagen gut ist und bis die eigene Rolle erfüllt ist. B07: Pos.: 148 - 151 (0)</p> <p>In solchen Situationen ist es natürlich schlecht, wenn der Sozialarbeiter gerade mal die eine Situation macht und zwei Wochen später ist er weg. Das ist natürlich nicht hilfreich für die Familie. Das war in diesem Fall aber nicht so, sondern das konnte ich gut begleiten und dementsprechend habe ich mich auch (...) beruflich, professionell gut gefühlt damit, menschlich eher schlecht, weil es natürlich ein scheiß Thema ist. B07: Pos.: 154 - 160 (0)</p>	
Reaktionen auf Suizidereignisse\körperliche Symptome	<p>Ich schlafe dann auch immer regelmäßig schlechter. Das ist immer so, wenn ich mit irgendwas Schwierigkeiten habe, dann schlafe ich nicht mehr so gut, dann werde ich nachts oft wach und habe wieder den Gedanken im Kopf (...) B02: Pos.: 145 - 149 (0)</p>	Schlafprobleme, nachts wach werden und Gedanken über den Fall im Kopf haben B02
Reaktionen auf Suizidereignisse\Gedankenkreisen	<p>Aber ansonsten hatte ich mir wirklich oft Gedanken gemacht, war Zuhause und (...) habe auch gegrübelt, gegrübelt, gegrübelt. B01: Pos.: 155 - 157 (0)</p> <p>Ich habe immer wieder daran denken müssen und bin immer wieder durchgegangen: " Was hat er mir wann gesagt?, Hätte ich mit der Frau anders sprechen müssen?, hätte ich dies, hätte ich das". B02: Pos.: 102 - 105 (0)</p> <p>Das Grübeln darum, sich schlecht fühlen, sich hinterfragen (...). Das, würde ich sagen, ist es eigentlich. B02: Pos.: 149 - 151 (0)</p>	<p>Zuhause kreisten Gedanken um den Fall, oft gegrübelt B01</p> <p>Immer wieder durchgehen, was Patient*in wann gesagt hat, grübeln über den Fall, sich selbst hinterfragen B02</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Reaktionen auf Suizidereignisse\ Gedankenkreisen	Dann vielleicht auch schon so eher in einer therapeutischen Richtung Dinge zu besprechen und das war bei den Patienten sicherlich auch, ich will jetzt nicht sagen schlaflose Nächte, aber auch nach Feierabend noch weiter darüber nachdenken, was passiert ist. B06: Pos.: 212 - 216 (0)	Nach Feierabend noch darüber nachdenken, was passiert ist B06
	Es war letztendlich so, dass ich Sie noch mehrfach gesehen habe, meinte gesehen zu haben, in Gesichtern anderer Menschen. Also dieses Gesicht ist mir noch lange nachgegangen. Ich hatte eine Schülerin, ich habe noch Unterricht gegeben in psychiatrischer Pflege an einer Krankenpflegeschule und ich komme in diese Klasse rein und direkt in der ersten Reihe sitzt eine Schülerin, die ihr wirklich super ähnlich sah. Das hat mich ganz schön umgehauen. Da war ich erstmal sprachlos und wusste nicht, wie ich mit dem Unterricht beginnen sollte. Das war vielleicht so ein halbes Jahr nach dem Ereignis, also die Patientin war schon tot, aber trotzdem noch sehr sehr präsent. B08: Pos.: 82 - 94 (0)	- auch noch ein halbes Jahr nach dem Ereignis war sie noch sehr präsent, er hat immer an die Klientin denken müssen --> hat ihr Gesicht auch in anderen gesehen B08
Reaktionen auf Suizidereignisse\Ärger	Und da weiß ich, dass da ganz viel Thema war, ob wir Schuld sind und ganz viel Wut. B06: Pos.: 71 - 72 (0) Da war auch so etwas wie Wut dabei: "Warum hat sie das getan? Wir hatten eine andere Absprache. Sie hätte an dem Tag eigentlich zum Gespräch kommen sollen". (..) Da war mehr von der Wut dabei. B06: Pos.: 132 - 135 (0)	- in der Supervision wurde vermehrt Schuld und Wut im Kolleg*innenkreis thematisiert - bei ihr ebenfalls Wut auf eine Klient*in --> "Warum hat sie mir das angetan? Wir hatten andere Absprache." B06
Reaktionen auf Suizidereignisse\Scham	Schätzungsweise hätte ich das vielleicht auch bei Kollegen ansprechen können, aber da ist dann ein Stück weit schon irgendwie die Angst, ob dann nicht doch komisch über einen geredet wird. So wie: "Die findet, dass das in Ordnung ist, wenn man sich umbringt" oder "der geben wir keine Fälle mehr, wo Suizid ein Thema ist, sonst sagt sie noch, dann mach halt". Ich denke, es war viel auch meine eigene Scham vor Konsequenzen, wenn ich ehrlich bin. B03: Pos.: 459 - 468 (0)	Angst davor eigene offene Haltung gegenüber Suizidalität bei Kolleg*innen anzusprechen --> dass über sie und ihre Haltung im Kollegenkreis schlecht geredet wird & sie als Konsequenz keine Fälle mehr zugeteilt bekommt, in denen Suizidalität eine Rolle spielt B03

Code	Codierte Segmente	Summary
Reaktionen auf Suizidereignisse\Überforderung & Hilflosigkeit	<p>und hilflos, ich habe mich einfach hilflos gefühlt. Erstens war ich nicht vor Ort, zweitens konnte ich es absolut nicht einschätzen, wie das ausgeht, was da wirklich dran ist.</p> <p>Ich habe mich auch überfordert gefühlt, weil die Leute, die vor Ort waren (...). Sie war in der Schule, da waren Sozialarbeiter, da waren ihre Vertrauenslehrer, ihre Klassenlehrer und so weiter und die haben mich angerufen, weil die nicht mehr weiterwussten. Das war für mich auch so eine totale Mammutaufgabe, weil ich dachte: "Was soll ich denn jetzt noch machen".</p> <p>B03: Pos.: 194 - 204 (0)</p>	<p>- hat sich hilflos gefühlt & überfordert --> konnte nicht einschätzen, wie Suizidandrohung ausgeht & viele Leute drum herum waren, die nicht wussten, was zu tun ist, sie aber die Verantwortung übernehmen und handeln sollte.</p> <p>B03</p>
	<p>Und ich muss damit umgehen, dass es immer sein kann und das es durchaus so sein kann, dass ich überhaupt nichts dagegen tun kann.</p> <p>B04: Pos.: 84 - 86 (0)</p>	<p>Ohnmachtsgefühl gegenüber Suizidalität --> Ich kann nichts dagegen tun, wenn jemand es machen möchte</p> <p>B04</p>
	<p>Ja naja und was mich noch so belastet daran, ich weiß nicht, man hat halt keinen Einfluss darauf. Also man hätte es einfach nicht verhindern können. Vielleicht ist das auch noch so ein Thema, dass man akzeptieren muss, dass es eine Entscheidung von jemanden war, auf die ich nicht einwirken konnte.</p> <p>B05: Pos.: 206 - 210 (0)</p>	<p>Hilflosigkeit gegenüber Suizidalität --> keinen Einfluss auf die Ereignisse beziehungsweise auch keinen Einfluss auf die Entscheidung der Person (Suizidalität als etwas Unverhinderbares)</p> <p>B05</p>
Reaktionen auf Suizidereignisse\Schuldgefühle & Zweifel an den eigenen Fähigkeiten	<p>Ich habe mich immer sofort gefragt: "Was habe ich übersehen, wie kann das sein, warum habe ich das nicht mitgekriegt".</p> <p>B02: Pos.: 90 - 92 (0)</p> <p>Ich habe immer wieder daran denken müssen und bin immer wieder durchgegangen: " Was hat er mir wann gesagt?, Hätte ich mit der Frau anders sprechen müssen?, hätte ich dies, hätte ich das". Aber das ist, glaube ich, auch eine ganz normale Reaktion, dass man immer wieder in der Dauerschleife überprüft: "Warum habe ich das nicht gesehen?, Was hätte ich anders tun können, dass es nicht dazu gekommen wäre?". Das ist immer eine große Belastung und immer taucht bei mir die Schuldfrage auf,</p> <p>B02: Pos.: 102 - 110 (0)</p>	<p>- Gefühl etwas übersehen zu haben/nicht mitbekommen zu haben</p> <p>- Gefühl, dass man mehr hätte tun können/etwas Anderes hätte tun können</p> <p>- Zweifel an den eigenen Fähigkeiten: Wieso habe ich suizidale Absicht nicht rechtzeitig erkannt?, Wieso habe ich es nicht geschafft/war nicht gut genug es zu verhindern?</p> <p>B02</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Reaktionen auf Suizidereignisse\Schuldgefühle & Zweifel an den eigenen Fähigkeiten	<p>Insuffizienzerleben: "Wieso kriege ich das nicht hin?, Was habe ich verpasst?, Wieso bin ich nicht gut genug, sowas rechtzeitig zu erkennen und zu verhindern?", also hängen viele unangenehme Gefühle an dem Thema dran. B02: Pos.: 111 - 114 (0)</p>	
	<p>Ich habe mich aber so unfähig gefühlt oder so belanglos, weil ich diejenigen, die den Einfluss darauf haben, nicht beeinflussen konnte und das war ja eigentlich meine Aufgabe. Ich bin ja eigentlich in das Leben von ihr getreten, um ihr Umfeld so dafür zu sensibilisieren, dass es ihr gut geht und das scheine ich nicht geschafft zu haben. Das war dann eigentlich das, was mich so (...) so verrückt gemacht hat. B03: Pos.: 181 - 189 (0)</p> <p>Das heißt, die konnten dir auch immer ein Stück weit die Schuld nehmen, weil man macht sich ja immer Gedanken: "Was hätte ich anders tun können". B03: Pos.: 356 - 359 (0)</p>	<p>hat sich unfähig gefühlt, da sie diejenigen, die Einfluss auf suizidales Ereignis hatten nicht beeinflussen konnte --> war ihre Aufgabe Umfeld für Probleme zu sensibilisieren--> professionell unfähig</p> <p>- mach sich nach einem Ereignis immer Gedanken, was sie anders hätte tun können B03</p>
	<p>Es steht ja immer die Frage im Raum, wo ist die oder wo sind die Dinge, die ich tun kann oder die ich hätte tun können, um vielleicht demjenigen oder derjenigen einen anderen Weg zu zeigen. B04: Pos.: 70 - 74 (0)</p> <p>Also dass ich immer denke: "Wo habe ich einen Fehler gemacht?" oder "Wo hätte ich Dinge anders tun können, um einen anderen Weg aufzuzeigen oder demjenigen oder derjenigen ein anderes Mittel in die Hand zu geben, um mit den Konflikten klarzukommen, die die Leute haben". B04: Pos.: 109 - 113 (0)</p>	<p>Schuldgefühle ---> hätte ich etwas anders machen müssen, um dem/der Suizidant*in einen anderen Weg aufzuzeigen?</p> <p>Zweifel an den eigenen Fähigkeiten --> Habe ich einen Fehler gemacht? B04</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Reaktionen auf Suizidereignisse\Schuldgefühle & Zweifel an den eigenen Fähigkeiten	Und dann kommen natürlich auch ganz viele Fragen: "Wie konnte das passieren?", sie war doch in der Klinik, da waren Leute da, sie war ja schon in der Behandlung. Also da sucht man dann auch so einen Schuldigen, glaube ich. B05: Pos.: 143 - 146 (0)	Schuldgefühle bei sich selbst (Wie konnte das passieren, Hätte ich etwas anders machen müssen?) auch zweifeln an den eigenen Fähigkeiten
	Ja und natürlich auch (...) Fragen, die sich ja auch immer wieder auftaten oder auftun. Auch immer die Frage: "Hätte ich etwas anders machen können?". Ich glaube, das stellt man sich immer danach. Wenn wieder etwas passiert, dass man immer auch denkt: "Hätte ich wirklich etwas anders machen können?" und ich glaube, diese Frage bleibt einfach. B05: Pos.: 162 - 167 (0)	Schuld bei anderen suchen (Klinik, die nicht genug aufgepasst hat) B05
	Aber das war eine Patientin, die ich sehr eng betreut hatte und da weiß ich, dass das in mir schon so ausgelöst hat: "Hätten wir etwas anders machen können?". B06: Pos.: 61 - 63 (0)	Schuldgefühle --> "Hätte ich etwas anders machen müssen oder können?"/ "Hätte ich mich dafür einsetzen sollen, dass Klient*in nicht entlassen wird?"/ "Hätte ich mich mehr abgrenzen sollen?"
	Und da weiß ich, dass da ganz viel Thema war, ob wir Schuld sind und ganz viel Wut. B06: Pos.: 71 - 72 (0)	- Gefühl, die eigene Verantwortung gegenüber den Klient*innen nicht wahrgenommen zu haben
	Das fand ich heftig, weil da hatte ich natürlich noch mehr das Gefühl, die Verantwortung nicht richtig wahrgenommen zu haben, weil wir sie haben gehen lassen. Aber es wurde eben vor allem auf den Schultern des Chefarztes getragen. B06: Pos.: 89 - 92 (0)	- Zweifel an den eigenen Fähigkeiten: "Ist in der Therapie alles richtig gelaufen?" B06
	Die Frage, wer schuldig ist, das ist so ein großer Ausdruck, aber die Frage: "Hätte ich etwas anders tun können?". B06: Pos.: 121 - 122 (0)	

Code	Codierte Segmente	Summary
Reaktionen auf Suizidereignisse\Schuldgefühle & Zweifel an den eigenen Fähigkeiten	<p>Also ganz viel ist in der Therapie bei dieser sehr jungen Patientin über Beziehung gelaufen, da habe ich mich natürlich gefragt: "Hätte ich mich mehr abgrenzen müssen?", "Hätte ich mich mehr eingeben müssen?". Das war so dieser Zweifel, ob alles richtig gelaufen ist. B06: Pos.: 122 - 125 (0)</p> <p>Da es auch nicht meine Entscheidung war, sie zu entlassen, sondern die des Chefs, hatte ich auch nicht ganz so viele Schuldgefühle, aber schon auch: "Hätte ich mich anders dafür einsetzen müssen?" oder "Hätte ich in der Therapie etwas anders machen müssen?". B06: Pos.: 128 - 132 (0)</p>	
	<p>Also bei beiden denke ich, aber vielleicht bei dem Jugendlichen noch mehr, da war damals auch schon so die Frage: "Hätte man etwas tun können?", "Hätte man etwas merken können?", "Gab es Signale, die übersehen worden sind?". B07: Pos.: 231 - 234 (0)</p> <p>Und dann fragt man sich natürlich: "Hab ich da irgendetwas nicht gefragt?", "Habe ich irgendetwas überhört?" oder nicht ernstgenommen. B07: Pos.: 239 - 240 (0)</p> <p>Man ist mit den Personen in Kontakt, die kommen ja auch mit einem Beratungsanliegen und natürlich fragt man sich dann: "Hast du nicht die richtige Frage gestellt?". Und bei dem Vater war das vielleicht auch so (...) also im Nachhinein, wenn man 1 und 1 zusammenzählt, dann hätte man sich denken können, dass er in einer depressiven Phase war. B07: Pos.: 248 - 253 (0)</p>	<p>Schuldgefühle und Zweifeln an den eigenen Fähigkeiten (Hätte man etwas merken können?, Gab es Signale, die übersehen worden sind?, Hätte ich etwas tun können?) B07</p>
	<p>Ich habe mich immer gefragt, ob ich zu nah dran war, ob ich die professionelle Distanz unterschritten habe und ob es gegebenenfalls auch genau aus dem Grund in meiner Schicht passiert ist, weil sie sich vielleicht so sicher fühlte, dass sie sich das da zutraute. B08: Pos.: 171 - 175 (0)</p>	<p>Schuldgefühle, ob er zu nah dran war und er die professionelle Distanz unterschritten hat und die Frage, ob genau das der Grund war, warum sie sich in seiner Schicht suizidiert hat B08</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Reaktionen auf Suizidereignisse\Schock	Ich war dann auch erstmal ein bisschen baff, aber ich war in der Situation gefasst, weil irgendwo brauchen die ja auch ein bisschen Rückhalt, gerade in der Situation. B01: Pos.: 82 - 85 (0)	Suizidales Ereignis war ein Schock, hat nicht damit gerechnet, da er Klientin so viele Ressourcen zusprach B01
	Erstaunt, überrascht auf jeden Fall, weil sie ist eine Vorzeigeschülerin: richtig gute Noten, Schülersprecherin, in der Schülerzeitung tätig, sehr gescheit, sehr eloquent. B01: Pos.: 118 - 120 (0)	
	Ich glaube, das erste Mal ist immer das schlimmste. Also man kriegt in allen Dingen Routine, so schrecklich sich das manchmal vielleicht anhören mag, aber natürlich ist es so, wenn man das das erste Mal erlebt oder wo ich das das erste Mal erlebt habe, da war ich regelrecht geschockt. B02: Pos.: 217 - 222 (0)	Nach dem ersten Erlebnis geschockt, danach immer routinierterer Umgang B02
	Das war ein richtiger Schock für mich. B05: Pos.: 116 - 117 (0)	Schock und nicht wahrhaben wollen B05
	Das ist natürlich furchtbar erschreckend. Ich habe gedacht: "Um Himmels willen, das kann jetzt nicht wahr sein", also ich wollte es erst auch gar nicht wahrhaben. B05: Pos.: 140 - 143 (0)	
	Da war es ein Schock, dass sie das trotzdem geschafft hat, sich auf ihrem Klo zu erhängen. B06: Pos.: 68 - 69 (0)	Schock, dass Patientin es trotz restriktiver Maßnahmen geschafft hat, sich zu erhängen B06

Code	Codierte Segmente	Summary
Reaktionen auf Suizidereignisse\Schock	<p>Es gibt schon eine gewisse Schockiertheit. Ich habe ja auch gesagt, dass ich es bei dem Vater nicht habe kommen sehen. Das ist natürlich schon eine Erschrockenheit gewesen, Schockiertheit. Das ging relativ schnell vorüber. Wenn man sich die Familiengeschichte anschaute, ich habe es nicht erwartet, also das Thema Suizidalität nicht, wusste aber, dass es das in der Familie schon gab. Ich wusste auch, dass es das Thema Sucht ganz stark gab, was ja auch eine Form der Verselbstständigung ist, die ja auch zum Tode führen kann, das weiß man ja einfach. Insofern war das jetzt nicht die absolute Überraschung, aber gerechnet hatte ich eben trotzdem nicht damit B07: Pos.: 122 - 131 (0)</p>	<p>Schock, da der Suizid unerwartet und überraschend kam. Es gab ebenfalls keine Anzeichen für akute Suizidalität oder irgendwelche Suizidversuche in der Vergangenheit --> plötzliches Ereignis --> ging aber relativ schnell vorüber B07</p>
	<p>Ja, ich war schon sehr sehr erschlagen. Es kam alles ganz schön plötzlich. B09: Pos.: 135 - 136 (0)</p> <p>Aber natürlich war ich sehr erschlagen und bin dann an dem Tag, als ich davon gehört habe, sehr schnell zu einer Freundin gefahren und konnte da mich mal fallen lassen. Das hat mich natürlich sehr intensiv mitgenommen. B09: Pos.: 175 - 179 (0)</p>	<p>- kam sehr plötzlich und unerwartet B09</p>
Reaktionen auf Suizidereignisse\Trauer	<p>Es gab Phasen, also zum Beispiel der komplette November und Anfang Dezember, da war ich nach den Gesprächen immer richtig down. B01: Pos.: 142 - 144 (0)</p> <p>Ich habe mit ihr auch über meine Gefühlswelt geredet und gesagt, das nimmt mich schon sehr mit, deswegen würde ich gern das und das machen, damit du auch woanders ein bisschen besser aufgehoben bist und mit anderen darüber reden kannst. B01: Pos.: 204 - 209 (0)</p>	<p>Nach den Gesprächen mit ihr war er sehr mitgenommen, allgemein nahm ihn das Thema sehr mit. B01</p>
	<p>Ich bin für Tage oft herabgestimmt, also schlechter drauf, wie man so schön sagt. B02: Pos.: 144 - 145 (0)</p>	<p>Nach einem suizidalen Ereignis für mehrere Tage traurig/schlecht drauf B02</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Reaktionen auf Suizidereignisse\Trauer	<p>Betroffen (..) bei der ersten Patientin, die ich gesagt hatte, die sich auf der Station suizidiert hat, auch wirklich (..) ich sag jetzt mal Trauer, betrübt, weil ich einen engen Kontakt mit ihr pflegte. B06: Pos.: 111 - 113 (0)</p> <p>Da habe ich auch wirklich getrauert, dass sie (..). B06: Pos.: 114 - 115 (0)</p> <p>Traurigkeit war da ganz viel, erinnere ich mich. B06: Pos.: 125 - 126 (0)</p>	<p>Trauer um den Tod der einen Klientin, zu der sie eine enge Beziehung pflegte B06</p>
Reaktionen auf Suizidereignisse\Erleichterung	<p>Manchmal bin ich auch froh, wenn einer tot ist, ich weiß, das hört sich ganz schrecklich an. Es gibt aber Menschen und Situationen, die sind so schwer aushaltbar, dass ich einen Suizid nachvollziehen kann. Gerade bei den schwerst körperlich Kranken, wo vielleicht der Krebs das ganze Gesicht zerfressen hat und ich weiß, dieser Mensch wird sterben, dann belastet mich das nicht, wenn der stirbt. Da bin ich froh, dass der das endlich geschafft hat.(...) B02: Pos.: 291 - 299 (0)</p>	<p>Erleichterung über den Suizid bei Menschen, die schwer chronisch krank sind --> wo Suizid nachvollziehbar ist B02</p>
	<p>Da ich in diesem privaten Umfeld das hatte und das auch so war, dass ich diesen Fall so gesehen habe, dass ich gesagt habe: "Ich kann eh nichts tun". Es stimmt schon, meine Oma hat sich wirklich nur noch gequält. Sie war geistig noch voll da, aber egal, was man hätte tun können, sie hat einfach nicht mehr gewollt. Sie hat wirklich aufgegeben. Von daher war das vielleicht in diesem Bereich so. Aber ich habe am Ende gesehen, dass dieser Ausweg die Lösung gewesen ist, was ihr einfach gut tat. B04: Pos.: 180 - 187 (0)</p>	<p>Suizid als Lösung für Menschen, die schwer leiden --> erleichternd, dass es dieser Mensch geschafft hat B04</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Einfluss des Erlebten auf die eigene Arbeit\Berufswechsel	<p>Es war eine riesen Gruppe und da sind Dinge gesagt worden von Kolleginnen und Kollegen, die mich nachhaltig so verändert haben, dass ich dann irgendwann, auch wenn es dann nochmal 6 Jahre gedauert hat, dazu gebracht haben, den Job zu wechseln. Also da ist einiges angeschoben worden, was mich dann irgendwann dazu gebracht hat zu sagen: "Ich kann nicht mehr". Es gibt diesen Spruch "Love it, change it or leave it" und ich konnte es nicht mehr lieben, ich habe es nicht geschafft es zu verändern, also musste ich gehen und das habe ich dann getan. Das war schon so eine Initialzündung, das muss ich sagen. B08: Pos.: 144 - 154 (0)</p> <p>Ich hatte ja gesagt, dass diese Supervision meines Erachtens nach eher dazu geführt hat, dass es mir danach schlechter ging als besser und dass das auch so eine Initialzündung für einen relativ langen Prozess, aber ein Prozess des sich Verabschiedens von der Tätigkeit, war. Was mich da wirklich nachhaltig verärgert, eigentlich sauer gemacht hat, war, dass es Kollegen und Kolleginnen gab, die im Nachhinein der Patientin die Schuld gaben, dass es meinen Kollegen und mir so schlecht ging. Das hat mich kolossal geärgert. Da gab es Vorwürfe in Richtung der Patientin, die das natürlich nicht gehört hat, die lag ja auf der Intensivstation: "Das macht mich total sauer, wenn ich darüber nachdenken, was die da gemacht hat und dabei nicht an die Kollegen gedacht hat, denen es jetzt so schlecht geht". Ich dachte nur: "Was ist denn hier los, das geht ja völlig in die falsche Richtung". Das hat mich kolossal geärgert. B08: Pos.: 370 - 386 (0)</p> <p>Also Vorwürfe uns gegenüber gab es tatsächlich nicht, seitens der Kollegen. Das war eigentlich schön. Aber tatsächlich gegen die Patientin: "Wie konnte die das denn machen, dass es uns jetzt so schlecht geht", also die haben tatsächlich diesen Suizid als Angriff gegen uns gesehen. Das wollt mir nicht in den Kopf, wie man so denken kann. Da war mir dann klar, dass das nicht mehr der Ort ist, wo ich arbeiten möchte beziehungsweise nicht mehr die Art und Weise ist, wie ich arbeiten möchte. B08: Pos.: 399 - 408 (0)</p>	<p>Berufswechsel, da durch den Suizid Konflikte mit dem Kollegium entstanden sind --> in der Supervision äußerten viele Kolleg*innen eine Wut auf die Patientin, gaben der Patientin die Schuld an ihrer Gefühlslage und machten ihr Vorwürfe --> das hat ihn so sauer gemacht, dass er da nicht mehr arbeiten wollte --> begann sich Gedanken über einen Berufswechsel zu machen</p> <p>--> Berufswechsel nicht nur durch emotionale Belastung, sondern auch durch kollegiale (strukturelle) Unstimmigkeiten, die dadurch entstanden B08</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Einfluss des Erlebten auf die eigene Arbeit\Resilienz	<p>Am Ende denke ich, dass ich immer daraus gelernt habe und dass mich das am Ende sogar immer stärker gemacht hat, dass ich mit Fällen arbeiten kann, wo andere sagen: "Ich kann damit nicht umgehen". Auch jetzt auf Arbeit, wo ich mit Kindern oder Jugendlichen arbeite, da habe ich auch mit welchen gearbeitet, die viele Aggressionen nach Außen getragen haben, wo mir das vielleicht auch geholfen hat, damit umgehen zu können, wo andere die Arbeit verlassen haben und das nicht ertragen können. B04: Pos.: 220 - 228 (0)</p>	<p>Arbeit mit solchen Fällen stärkt und wappnet für weitere suizidale und andere schwere Fälle --> zu sehen das es geht löst aus "Ich kann mit solchen schweren Fällen arbeiten, also schaffe ich es auch mit anderen schweren." B04</p>
	<p>Mittlerweile auch, glaube ich, einfach eine gelassenere Einstellung dazu bekommen zu haben, mich nicht mehr so damit zu stressen ((lächelt)). B06: Pos.: 271 - 273 (0)</p>	<p>gelassenere Einstellung und offenere Haltung zum Thema durch Berufserfahrung bekommen --> Ereignisse belasten sie nicht mehr so sehr wie damals B06</p>
	<p>Also wenn man so einen Beruf ergreift, dann weiß man ja, dass solche Dinge auf einen zukommen und das dann zu bewältigen, hat auch für sich selbst etwas Positives. B07: Pos.: 146 - 148 (0)</p> <p>Ja, so wie ich gerade sagte, also zu merken, dass es geht, ist für mich als Mensch wichtig gewesen. B07: Pos.: 195 - 196 (0)</p> <p>Da ist man ja in dem Bereich eher ein Frischling und das zu merken, dass man damit arbeiten kann, mit solchen Dingen, da gibt es viele andere Konstellationen, wo es auch so ist, aber das ist dann schon einmal etwas Hilfreiches. Das wappnet auch für zukünftige Situationen. B07: Pos.: 199 - 203 (0)</p>	<p>Zu merken, dass man solche schwierigen Fälle bewältigen kann, stärkt, da es auch für zukünftig schwere Situationen wappnet. --> gerade als Berufsanfänger ist es wichtig, dass man selbst merkt, dass man es hinbekommt, mit solchen Fällen zu arbeiten B07</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Einfluss des Erlebten auf die eigene Arbeit\verbesserte Abgrenzung	Schon, weil ich versucht habe, mich nicht mehr so involvieren zu lassen. B03: Pos.: 209 - 210 (0)	Hat versucht sich nicht mehr so involvieren zu lassen, nicht mehr so eine Nähe zu Klient*innen aufzubauen
	Was ich auf jeden Fall für mich gelernt habe, ist meine Grenze zu wahren und zu sagen: "Ab jetzt ist es nicht mehr meine Aufgabe". Es gibt Bereiche, für die bin ich zuständig. Es gibt aber auch Bereiche, für die bin ich es eben nicht. B03: Pos.: 220 - 224 (0)	hat ihren Aufgabenbereich klarer abgerenz und erfüllt nur noch Aufgaben, die in diesen Bereich fallen B03
	Und das habe ich für die weiteren Fälle auch ganz klar gelernt, zu sagen: "So und das ist nicht meine Aufgabe". B03: Pos.: 231 - 233 (0)	
Einfluss des Erlebten auf die eigene Arbeit\negative Gefühle eingestehen und zulassen	Und (lacht) das habe ich erst in der Palliativmedizin gelernt, dass ich auch diese Gefühle habe und zulassen sollte. B02: Pos.: 289 - 291 (0)	in der Palliativmedizin gelernt, negative Gefühle, die nach einem suizidalen Ereignis aufkommen, zuzulassen B02
	Also wie gesagt, Wissensaneignung und Gedanken und Gefühle zuzulassen, sich zuzugestehen, auch mal scheiße drauf sein, gereizt sein. Wenn man das weiß, dass das so ist, dann kann man das in dem Moment auch sagen und sich ein bisschen zurückziehen. B07: Pos.: 489 - 492 (0)	negative Gedanken und Gefühle zuzugestehen und diese ausleben (auch mal scheiße drauf sein) B07
Einfluss des Erlebten auf die eigene Arbeit\Akzeptanz von Suizidalität	Ich komme jedesmal zu dem Punkt, dass ich mir selbst keine Schuld geben kann und dass solche Dinge passieren und dass ich nicht alles verhindern kann und jeder der sich umbringen will, der wird sich auch umbringen. Einige sprechen vorher darüber, andere nicht, aber ich kann es einfach nicht verhindern. B02: Pos.: 119 - 124 (0)	Hat selbst keine Schuld an Suiziden, kann diese nicht verhindern geht durch diese Erfahrungen offener mit dem Thema um B02
	Ich gehe sicherlich offener mit dem Thema um, durch diese ganzen Erfahrungen. B02: Pos.: 127 - 128 (0)	

Code	Codierte Segmente	Summary
Einfluss des Erlebten auf die eigene Arbeit/Akzeptanz von Suizidalität	<p>Da muss ich ganz ehrlich sagen, da denke ich mir: "Wenn sie halt partout nicht mehr will". Und mir das einzugestehen, zu sagen: "Du heißt es nicht gut, wenn sich jemand suizidiert, aber du kannst es nachvollziehen" und mir das einzugestehen, das war wirklich schwierig. Vor allem, weil es dann auch weiterreichend darum ging, auch mit der aktiven Sterbehilfe. Wieso verbietet man einem Menschen, mit seinem Leben zu machen, was er möchte. B03: Pos.: 421 - 430 (0)</p> <p>Ich denke aber immer, gerade im Erwachsenenalter haben die ihre Gründe. B03: Pos.: 607 - 608 (0)</p>	<p>Suizidalität hat immer ihre Gründe und kann nachvollzogen werden, wenn es aus einem guten Grund geschieht --> war schwierig sich das einzugestehen B03</p>
	<p>Auch generell, wenn der Andere das wirklich will, dann wird er das machen. Und ich muss damit umgehen, dass es immer sein kann und das es durchaus so sein kann, dass ich überhaupt nichts dagegen tun kann. B04: Pos.: 83 - 86 (0)</p> <p>Das hat mir aber auch gezeigt und das hat mich in diese Richtung gebracht, dass ich gesehen habe, dass ich erstens offen sein muss dafür und dass ich auch nichts dagegen tun kann, wenn diese Person das wirklich möchte. Und das hat mich in der Form beeinflusst, weil es eine private Sache war. Und weil es auch so eng war, war es vielleicht auch gut, dass ich dann in dem späteren Berufsfeld mich nicht mehr (..) dass ich mich nicht mehr darin verloren habe oder dass ich gesagt habe: "Ok, es ist halt nunmal die Arbeit, wenn ich es nicht mache, dann macht es ein Anderer. Das kann anderen auch passieren". Es ist vielleicht gut, dass es in diesem privaten Bereich vorher war und ich dadurch vielleicht ein bisschen Abstand davon gewonnen habe. B04: Pos.: 91 - 101 (0)</p>	<p>offenere Haltung gegenüber Suizidalität (Es ist ok, wenn sich jemand umbringt und wenn es jemand beschließt, dann soll er es auch machen, Suizidalität als Selbstbestimmung) -> führt dazu, dass Fälle nicht mehr so belastend sind</p> <p>Suizidalität als Selbstbestimmung: ist manchmal das Letzte, was einem noch bleibt B04</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Einfluss des Erlebten auf die eigene Arbeit/Akzeptanz von Suizidalität	Gerade, ich weiß nicht, wie religiös du bist, aber gerade das Christentum sagt ja: "Leben um jeden Preis". Klar, das ist ein guter Grundsatz, aber am Ende ist das nunmal eine Handlung und das ist auch ein Stück weit die Selbstbestimmung, die Leute trotzdem noch haben sollten und die man denen quasi nimmt. Wie ich das in der Altenpflege gesehen habe, denen wird jegliche Selbstbestimmung genommen. Deswegen sehe ich das nicht immer als Verlust, sondern ich sehe das wirklich als, das ist das Letzte, was mir noch bleibt, wenn ich diese Option noch wählen kann. Also eher sogar als Stärke teilweise. B04: Pos.: 200 - 209 (0)	
	Das ist ja auch das, was wir in der Arbeit ständig tun: Wir nehmen Einfluss auf Menschen und versuchen sie an diesen drastischen Entscheidungen zu hindern. Wenn jemand das aber so beschlossen hat und es für sich klar hat, dann lassen diese Menschen das auch nicht mehr zu, dass an ihrer Entscheidung noch gerüttelt wird und das muss man aushalten können. Es bleibt einem ja nichts anderes übrig. Der Mensch ist dann weg und mir bleibt nichts anderes übrig, als es dann zu akzeptieren. B05: Pos.: 210 - 216 (0)	Akzeptieren, wenn ein Mensch diese Entscheidung fest beschlossen hat und nicht mehr versuchen diese zu verändern. Wenn Mensch weg ist, akzeptieren, dass er diesen Weg gewählt hat. B05
	Das so diese andere Haltung viel mehr dazu führt, dass Patienten sich nicht umbringen, je weniger man restriktiv mit ihnen umgeht und die Verantwortung da lässt und sagt: "Sie entscheiden, ob sie leben möchten oder nicht". Aber klar, es sind auch mehr Patienten, die entscheidungsfähig sind und längst nicht so psychisch krank sind. (..) Das hat mir eine andere Haltung gegeben, wo manche auch sagen: "Hä? Wie redest du denn darüber?" (lacht). Das finde ich auch ganz spannend, diese Veränderung zu sehen. B06: Pos.: 160 - 167 (0)	offenere Haltung --> Patient*innen, die Suizidgedanken äußern nicht mehr so restriktiv mit ihnen umgehen und die Verantwortung, ob sie leben möchten, bei ihnen lassen (wenn Patient*innen entscheidungsfähig) B06

Code	Codierte Segmente	Summary
Einfluss des Erlebten auf die eigene Arbeit/fachlich kompetentes Agieren	Also ich frage offensiver, aber das lernt man sowieso in der Psychiatrie, weil man das da immer abfragen muss. B02: Pos.: 125 - 127 (0)	- fragt Suizidalität offensiver ab --> achtet vermehrt auf Anzeichen
	Dann habe ich mich aber natürlich über die Arbeit und über Fortbildungen, in meinen Supervisionen mit dem Thema auseinandergesetzt und dann kriegt man da auch andere Blickweisen drauf, die man natürlich auch abrufen kann, wenn einem so etwas wieder passiert. Und es passiert halt immer wieder. B02: Pos.: 222 - 227 (0)	- intensiveres Auseinandersetzen mit dem Thema, in Supervisionen, Fortbildungen --> andere Blickweisen auf das Thema bekommen B02
	Ja, also ich habe mich dann mehr mit dem Thema auseinandergesetzt. Vor allem, wie gehe ich damit im professionellen Kontext als HelferIn um, welche Signale, welche Anzeichen gibt es und überhaupt wie geht man allgemein mit dem Thema um, wenn KlientInnen Suizidgedanken äußern. B05: Pos.: 158 - 162 (0)	intensiveres Auseinandersetzen mit dem Thema Suizidalität (Welche Signale/erste Anzeichen gibt es?), Auseinandersetzung mit einem professionelleren Umgang (Wie gehe ich damit um?)
	Ich glaube, man wird einfach sensibler. B05: Pos.: 169 - 169 (0)	- sensibler auf erste Signale, Anzeichen und Äußerungen reagieren B05
	In der Psychiatrie weiß ich, dass ich so mit den Jahren der Erfahrung in mich ein Vertrauen gefunden habe, um abzuschätzen, ob ich die Patienten gehen lassen kann oder ob ich demjenigen eine Sitzwache geben muss und inwieweit ich demjenigen Vertrauen kann. Da haben mich natürlich auch die Erfahrung von den vielen vielen Patienten, die suizidal waren und wo das gut funktioniert hat, dass sie sich halt nicht umgebracht haben, auch so bestärkt. Meine Erfahrung war eben immer, dass wenn ich gemeint habe, ich konnte eine Beziehung herstellen und einen Kontakt haben, dass ich dann auch darauf vertrauen konnte, was mein Bauchgefühl sagte, ob ich glaube oder nicht glaube und ob ich eine Absprache treffen kann oder nicht. B06: Pos.: 145 - 155 (0)	mit den Jahren der Berufserfahrung mehr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten im Umgang mit Suizidalität und auch mehr Fachkompetenz angeeignet, durch Erfahrungen mit suizidalen Patient*innen. B06

Code	Codierte Segmente	Summary
Einfluss des Erlebten auf die eigene Arbeit\fachlich kompetentes Agieren	<p>Es schärft auch die Sinne zu wissen, es gibt den vollendeten Suizid. Das ist sonst im Volksglauben ja eher so: "Der meint das nicht so, der sagt das zwar, aber macht es nicht" und zu wissen, es kann zum einen aus Versehen passieren, dass da jemand appellativ mal etwas zeigen will und dann etwas schief geht. Es kann aber auch passieren, dass jemand nicht gehört wird in den Bedürfnissen und es dann doch passiert. Das war schon eine bittere, aber hilfreiche Erfahrung dahingehend, dass man ein bisschen geschärfte Sinne hat und dass man darauf achtet, dass entsprechende Ankündigungen auch mit dem nötigen Ernst betrachtet werden. (...) Dafür ist es gut, für die Sinnesschärfung und das war auch nötig. Also dieses Wissen, dass es dann wirklich auch passiert ist schon nötig, weil es eben oft nicht mit dem nötigen Ernst betrachtet wird.</p> <p>B07: Pos.: 203 - 215 (0)</p> <p>Aber man ist halt sensibler geworden.</p> <p>B07: Pos.: 227 - 227 (0)</p>	<p>- sensibleres Achten auf erste Anzeichen und Signale</p> <p>- zu wissen, dass es zu einem Suizid kommen kann (da ja sonst der Glaube: "Der meint das eh nicht ernst") schärft die Sinne, um Ankündigungen zu erkennen. --> Ankündigungen werden immer ernst genommen und bearbeitet</p> <p>B07</p>
	<p>Also ich hatte mich viel mit Suiziden beschäftigt und habe versucht auch nachzulesen. Ich glaube, da ging es mir wahrscheinlich ein bisschen wie dir, dass es dazu unglaublich wenig zu lesen gibt, wie es einen professionellen Umgang damit geben kann.</p> <p>B09: Pos.: 213 - 217 (0)</p>	<p>- hat sich viel mit Suizidalität beschäftigt und sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt</p> <p>B09</p>
Wunsch, um Ereignis besser verarbeiten zu können\Grab des/der Klient*in aufsuchen	<p>Ich würde gerne mal das Grab aufsuchen, aber das hat bis jetzt nicht gepasst, weil das nicht im Umfeld ist, sondern das ist schon eine extra Reise da hin.</p> <p>B09: Pos.: 387 - 390 (0)</p>	<p>- würde gerne das Grab der Klientin aufsuchen</p> <p>B09</p>
Wunsch, um Ereignis besser verarbeiten zu können\Kontakt mit den Angehörigen	<p>Tatsächlich, das ist mir jetzt gerade spontan eingefallen, auch wenn das jetzt schon 12 Jahre her ist, vielleicht doch noch mal ein Gespräch mit der Mutter. Danach gab es, zumindest von meiner Seite aus, keine Möglichkeit noch einmal mit der Mutter zu sprechen.</p> <p>B08: Pos.: 302 - 307 (0)</p>	<p>Wunsch noch einmal mit der Mutter der Klientin zu sprechen (nicht vorwurfsvoll)</p> <p>B08</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Wunsch, um Ereignis besser verarbeiten zu können\strukturelle Veränderungen	<p>Der Bereich, für die professionellen, hilfreichen, entlastenden Angebote der ist, in meiner Erfahrung, ich beziehe es jetzt mal auf Jugendämter, da gibt es zu wenig oder was heißt zu wenig, sondern es ist zu wenig verfügbar, es ist zu wenig im Alltag implementiert. Wie gesagt, Supervision alle 4 Wochen, alle 6 Wochen, das ist eine schöne Sache, sie müsste im Zweifel aber auch dann verfügbar sein, wenn ich sie brauche. Also wenn ich heute die Sitzung habe und morgen passiert etwas, dann warte ich 6 Wochen darauf. Bis dahin muss ich irgendwie selbst damit klarkommen und im Zweifel spreche ich die Sache dann schon gar nicht mehr an, weil dann schon wieder ganz andere Sachen in den Vordergrund getreten sind. B07: Pos.: 518 - 529 (0)</p> <p>Die Arbeitsauslastung, das war auch ein Grund meines Wechsel jetzt, dass ich gekündigt habe, das hält kein Schwein aus bis in die Rente. Und da bin ich sicher, das weiß ich von mir und meinen Kollegen, wäre das eine andere Schlagzahl, wäre es strukturell anders, dann würde man auch viel länger durchhalten. B07: Pos.: 529 - 534 (0)</p> <p>Was für mich funktioniert hat, meine Kollegen, mein Team, das war für mich ausreichend und hilfreich über die Jahre, aber das ist nicht so selbstverständlich. Das ist etwas, was wir unter uns gemacht haben, also wir Kollegen unter sich. Da hat keine Leitung für gesorgt, keine strukturelle, organisatorische Geschichte, sondern das hat man selbst gemacht. Und das denke ich, ist etwas, was sich ändern sollte. B07: Pos.: 539 - 545 (0)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - entlastende Angebote schaffen, die mehr in den Arbeitsalltag integriert werden: - öfter abrufbare Supervisionen --> nicht alle 4-6 Wochen an festen Terminen, sondern dann, wenn wirklich etwas passiert ist, was belastend ist (Worst Case: Supervision gehabt, danach ist etwas Belastendes eingetreten, aber bis zu nächsten Supervision in 6 Wochen muss ich "allein" damit klarkommen) - Supervision sollte ausgedehnter stattfinden --> Zeit nehmen (bei vielen Personen hat natürlich jeder mal etwas Belastendes, das bearbeitet werden sollte) - Arbeitsauslastung sehr belastend --> sollte sich verändern, da man den Beruf sonst nicht bis zur Rente durchhält - kollegialer Austausch war immer ausreichend und hilfreich, ist aber nicht selbstverständlich --> Unterstützungsangebot wurde von keiner Leitung implementiert, sondern unter den Kolleg*innen selbst --> Leitende Positionen sollten aktiver werden und vermehrt auf die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden durch das Bereitstellen und entwerfen von Unterstützungsangeboten B07
	<p>Es hat alle unglaublich berührt, auf unterschiedliche Arten und Weisen, sodass eine nie dagewesene Größe an Teilnehmern einer Supervision dabei rauskam. Da waren sogar Leute dabei, von denen ich überhaupt nicht wusste, dass sie Kontakt zu der Patientin hatten. Ich hätte mir zu dem Zeitpunkt eigentlich eher gewünscht, dass der Kreis derer gering gehalten wird, beispielsweise mit den Leuten, die wirklich als Ersthelfer da waren. B08: Pos.: 128 - 136 (0)</p>	<p>Größe der Supervision war nicht angemessen --> zu viele Personen --> Kreis hätte geringer gehalten werden sollen (nur diejenigen, die engen Kontakt zu ihr hatten) B08</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Wunsch, um Ereignis besser verarbeiten zu können\strukturelle Veränderungen	<p>Ich glaube einfach tatsächlich einen besseren Fahrplan. Das mit der Supervision, da habe ich mich am Ende drum gekümmert, weil die Stammsupervisorin, die für das Projekt zuständig war, derzeit nicht verfügbar war. Aber das kann immer mal passieren, aber gleichzeitig ist es auch so, dass solche Fälle immer wieder passieren können und da einfach einen klareren Plan zu haben und sich auch klarer inhaltlich damit auseinanderzusetzen. Und dass es in der eigenen Satzung oder wo auch immer einen klaren Fahrplan gibt, um Ansprechpersonen herauszufinden und gleichzeitig nicht, ich hatte das Gefühl, vieles war dem Zufall überlassen, je nachdem was Mensch mitbringt, was ich für Vorerfahrung und für ein Netzwerk habe, davon habe ich letzten Endes profitiert und konnte deshalb wahrscheinlich einen ganz guten Umgang finden. B09: Pos.: 330 - 344 (0)</p> <p>Ich glaube, was es sinnvoll braucht ist, klar darüber im Team zu reden und auch zu sagen: "Ok, bei so einem Fall passiert dann das und das", dass es da irgendwie einen Plan gibt für den Umgang. Da gibt es eine Supervision, die ist dann halt ein bisschen öfter, da wird dann geguckt, wie das aufgearbeitet werden kann und wie die hauptbetroffenen Personen entlastet werden können. B09: Pos.: 355 - 362 (0)</p>	<p>- wünscht sich einen strukturellen Ablaufplan, wie nach einem suizidalen Ereignis damit umgegangen wird und was zu tun ist und dass sich Kolleg*innen mehr mit dem Thema auseinandersetzen B09</p>
Wunsch, um Ereignis besser verarbeiten zu können\offenerer Umgang mit dem Thema Suizidalität	<p>Ich denke ein Stück weit Unterstützungsmöglichkeiten in der Hinsicht, dass man sich einfach darüber austauschen kann, ob es nicht auch manchmal ein guter oder richtiger Weg ist. Dass man nicht so stigmatisiert ist, dass das nicht so moralisch verwerflich ist und gesellschaftlich nicht gut anerkannt ist, sag ich mal. Sondern, dass man ehrlich sagen kann, es ist ok. B03: Pos.: 452 - 459 (0)</p>	<p>wünscht sich Unterstützungsmöglichkeiten, dass man sich offener über das Thema Suizidalität austauschen kann --> dass es nicht stigmatisiert wird und als moralisch verwerflich gilt B03</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Wunsch, um Ereignis besser verarbeiten zu können\offenerer Umgang mit dem Thema Suizidalität	<p>Diese ganze Geschichte mit Hilfe zum Suizid oder dass man dieses Konstrukt quasi so baut, dass der Klient das am Ende selber tut, aber dieses Loslassen ist das, was uns als Menschen dieses Leid beschert oder diesen Leidensdruck auslöst. Dass man dann sagt: "Ok, das ist so". Das soll jetzt nicht so klingen, dass man jetzt zu den Leuten hingeht und sagt: "Wenn es nicht klappt, dann bringt euch um" aber es ist nunmal eine Lösung, die wir aber als Gesellschaft nicht wahrhaben wollen, die wir nicht sehen wollen. B04: Pos.: 192 - 200 (0)</p>	<p>Es sollte auch in der Gesellschaft offener mit Suizidalität umgegangen werden, da das Tabuisieren und das Problem den Menschen loszulassen ein Leid in uns auslöst. --> Suizid ist eine Lösung, die wir als Gesellschaft nicht wahrhaben wollen B04</p>
	<p>Ich glaube, mehr positive Rückmeldung von Kollegen. Mehr im Team offen darüber zu sprechen. Das nicht so wegzuschieben und zu sagen: "Die Patientin ist eben blöd gewesen. Das ist ja jetzt nicht unser Ding, sondern sie ist schuld, dass das so gekommen ist". B06: Pos.: 238 - 241 (0)</p> <p>Es ist ja jetzt auch wieder durch dieses neue Gesetz ein bisschen mehr im Gespräch: Jeder darf sich umbringen, wenn er das möchte, aber zumindest bei uns wird vermieden offen darüber zu reden, was wir eigentlich für eine Haltung haben. Das fände ich hilfreich, wenn wir das mehr tun würden. B06: Pos.: 253 - 257 (0)</p>	<p>- Wunsch nach mehr positiven Rückmeldungen von Kolleg*innen, in dem Sinne, dass sie eine offenere Haltung zu dem Thema entwickeln sollen und offen darüber im Team sprechen können</p> <p>- Austausch im Team über die eigenen Haltungen zum Thema Suizidalität B06</p>
Wunsch, um Ereignis besser verarbeiten zu können\Austausch mit Fachleuten	<p>Ansonsten war vor Ort kaum Austausch, den ich hatte. Ich hatte jetzt auch wirklich im näheren Freundes- und Bekanntenkreis keinen, der so etwas schon einmal erlebt hat. Ich wollte es auch nicht weiter rumerzählen, wegen der Anonymität und Datenschutz. Aber ich hätte mir (...) wirklich gewünscht, dass vielleicht irgendwo eine Broschüre ausliegt, wo ich gewusst hätte, dass es solche anonymen Treffen gibt, wo man sich mit anderen austauschen kann, um das einfach runter zu reden. Klar können meine Freunde für mich da sein und sich das anhören, aber ich kann nicht so viel mitnehmen davon. Da hätte ich gerne mit anderen geredet, die vielleicht auch wesentlich schlimmer betroffen sind, dann könnten die mich beruhigen und mir sagen, an welchem Standpunkt ich stehe. B01: Pos.: 375 - 388 (0)</p>	<p>- kein Austausch in der Praxisstelle + wenig Austausch im privaten Bereich --> Wunsch nach Austausch mit anderen Fachleuten, die vor allem von ihren Erfahrungen berichten und vielleicht noch schlimmer betroffen sind B01</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Wunsch, um Ereignis besser verarbeiten zu können\Austausch mit Fachleuten	Das war also eher ein persönliches Problem. Ja dass schnell einer da ist, der zuhört, das würde ich mir immer wünschen. B02: Pos.: 261 - 263 (0)	Wunsch danach, dass nach einem suizidalen Ereignis schnell einer da ist, der zuhört. B02
	Wenn da mehr Supervision wäre, mehr gemeinsam gucken, wie wir mit Situationen umgehen. Das empfinde ich als hilfreich. (...) Jetzt ist es auch oft so, dass von den nicht-psychiatrischen, es sind ja in der SAPV wenig psychiatrische Kollegen und eigentlich immer nur eine von uns bei Patienten, da kommt oft von den primär beteiligten Mitarbeitern der Hilferuf: "Die Patientin ist suizidal, da muss jetzt ein Psychiater gucken". Da fände ich auch sehr hilfreich, wenn wir mehr in Kontakt wären, um darüber zu sprechen, über dieses, ich sag mal böse Thema (lacht) Suizidalität. B06: Pos.: 244 - 253 (0)	Mehr Supervision, um zu schauen, wie man gemeinsam im Team mit schwierigen Fällen umgeht frequenterer Kontakt zu Kolleg*innen, um über Suizidalität sprechen zu können, wenn sie im Raum steht. B06
Wunsch, um Ereignis besser verarbeiten zu können\Austausch mit dem Vorgesetzten	Vielleicht vor Ort einen Anleiter, der da ist (lacht). Vor allem, der den ich hatte, der war wirklich echt auf Zack und er hatte auch selbst Narben vom selbstverletzenden Verhalten. Ich denke mal, er hätte mir echt viel erklären können. B01: Pos.: 371 - 375 (0)	Wunsch nach einem Anleiter vor Ort B01
	Da hätte ich mir, gerade als Berufsanfängerin hatte ich natürlich noch nicht das Standing, ein bisschen mehr Unterstützung gewünscht. Bei den Kollegen habe ich das ja immer gefunden oder in Supervision, Intervention. Aber wenn der Chef einem dann komisch kommt, das ist (...), in so einer Situation braucht das keiner. B02: Pos.: 245 - 251 (0) Das war also eher ein persönliches Problem. Ja dass schnell einer da ist, der zuhört, das würde ich mir immer wünschen. B02: Pos.: 261 - 263 (0)	Wunsch nach Unterstützung und Austausch mit Chef, gerade als Berufsanfänger*in B02

Code	Codierte Segmente	Summary
persönliche Bewältigungsmethoden\ Abschied von dem/der Klient*in nehmen	wir hatten noch so einen kleinen Abschied, wo sie noch einmal aufgebahrt war, wo man noch einmal ihre Leiche sehen konnte, da durfte ich mit dabei sein. B05: Pos.: 363 - 365 (0)	Nahm an der Beerdigung/Trauerfeier zusammen mit der Familie der Klientin teil B05
	Sie war gar nicht sofort tot. Sie hat noch auf der Intensivstation gelegen und war noch reanimiert worden, aber ist dann letztendlich auf der Intensivstation verstorben, sodass ich noch die Möglichkeit hatte, mich auf der Intensivstation, für mich, zu verabschieden. B06: Pos.: 115 - 119 (0)	Verabschiedung von Klient*in durch Besuch auf der Intensivstation B06
	Das ist natürlich dann etwas, was auch für mich belastend war und das ist auch der einzige Todesfall, bei dem ich auch mit auf der Beerdigung war. Es gab schon eine Reihe an Todesfällen in meiner Arbeit, aber das war so einer, wo die Familie mich eingeladen hat, da bin ich dann eben auch mit hingegangen. B07: Pos.: 366 - 370 (0)	War zusammen mit der Familie des Klienten auf dessen Beerdigung B07
persönliche Bewältigungsmethoden\ Ablenkung durch Arbeit	Ich bin auch nicht nach Hause gegangen. Ich habe mich auch nicht krankschreiben lassen, weil ich dachte: "Wenn ich jetzt Zuhause bin, dann sitze ich alleine und grübel vor mich hin". Da dachte ich, dass das auch nicht gut ist. Ich musste irgendwie unter Menschen, ich musste weitermachen und meine Klienten weiter versorgen. Das darf auch alles gleichzeitig passieren. Das war auch gut. Ich würde es jederzeit wieder so machen. B05: Pos.: 259 - 264 (0)	Ablenken durch Arbeit --> unter Menschen kommen, um nicht Zuhause zu sitzen und zu grübeln - auch Sorge um weitere Klient*innen bei Krankschreibung, brauchten ebenfalls Begleitung --> Ablenkung --> hilfreich B05
persönliche Bewältigungsmethoden\ Essen und Trinken	Manchmal muss ich auch was leckeres Essen (lacht). B02: Pos.: 325 - 325 (0)	Etwas leckeres Essen B02

Code	Codierte Segmente	Summary
persönliche Bewältigungsmethoden\Essen und Trinken	<p>Die eher schlechte Variante ist der Genuss von Alkohol. Das kommt aber, soll ich jetzt sagen leider ((lächelt)), kommt halt auch vor. B08: Pos.: 335 - 338 (0)</p> <p>Aber so ein leckeres Glas Rotwein oder ein Fläschen Bier, das hat dann einen, zumindest am Abend, runtergeholt oder entspannt. B08: Pos.: 340 - 342 (0)</p> <p>Alle, die, die an dem Abend Dienst hatten, mal abgesehen davon, dass wir eine leichte Rauchvergiftung hatten, die natürlich nicht behandelt wurde ((lächelt)), wir sind anschließend alle in die Kneipe gegangen und haben geredet miteinander. Da war natürlich auch Alkohol im Spiel, da hat keiner Wasser getrunken. Aber das Miteinander reden, das war sehr sehr hilfreich, also da bin ich wieder bei diesem kollegialen Austausch. B08: Pos.: 352 - 359 (0)</p>	Genuss von Alkohol --> entspannt B08
persönliche Bewältigungsmethoden\Austausch im privaten Umfeld	<p>Es war halt auch nichts anderes möglich, dann wäre ich feiern gegangen oder so und hätte viel mit Freunden geredet. Das hat mir auch sehr geholfen, vor allem die eine andere aus dem Studium. Da haben wir uns immer noch danach ausgetauscht. So quasi zwei Sozis, die miteinander darüber reden ist was anderes als wenn ich mit meinen Jungs von früher rede, die mehr so im Wirtschaftssegment arbeiten. Die haben da jetzt auch nicht so eine Peilung davon. B01: Pos.: 440 - 448 (0)</p>	Austausch mit Freunden, Kommiliton*innen im Studium --> Austausch mit Kommiliton*innen sinnvoller, da mehr Ahnung vom Thema B01
	<p>Und da ist dann, glaube ich, mein Mann sehr wichtig, also ich texte dann alle immer zu. Erstmal die Kollegen und wenn ich dann abends nach Hause komme, texte ich meinen Mann zu, weil das muss dann auch raus bei mir. B02: Pos.: 189 - 193 (0)</p> <p>Ich muss sprechen. Manchmal muss ich mich aber auch zurückziehen und gar nicht sprechen. B02: Pos.: 323 - 324 (0)</p> <p>Meine wichtigste Ressource ist Sprechen. Ich muss das loswerden. Ich muss die Meinung von anderen hören. Ich muss es oft erzählen und je öfter ich es erzähle, desto mehr schwächt sich das ganze ab bei mir. B02: Pos.: 325 - 329 (0)</p>	<p>- Ehepartner wichtig, der nach dem Feierabend entlastend wirkt</p> <p>- Sprechen ist wichtigste Ressource --> Das Erlebte loswerden, die Meinungen von anderen hören</p> <p>- je öfter es erzählt wird, desto schwächer wird Belastung B02</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
persönliche Bewältigungsmethoden\ Austausch im privaten Umfeld	<p>Und dann habe ich meine Mutter angerufen (lacht), weil meine Mutter Sozialpädagogik studiert hat und im Jugendamt gearbeitet hat, die mir dann gesagt hat, was ich jetzt machen soll. Das war sehr beruhigend. B03: Pos.: 125 - 128 (0)</p> <p>Das, was ich auch nochmal getan habe, ist, ich habe Zuhause davon erzählt und habe es einfach rausgelassen, weil ich kann das nicht - man sagt ja immer, man soll die Haustür zu machen und alles hinter sich lassen - aber so geht das bei mir nicht. Ich muss zur Haustür rein, das alles kurz abladen und dann ist auch gut. B03: Pos.: 362 - 368 (0)</p> <p>Wie gesagt, mir hilft reden. Wenn sowas ist, dann macht das ganz viel mit mir und das muss ich einfach rauslassen. Das ist dann gar nicht mal so, dass ich groß Rückmeldung brauche oder irgendwie jemanden, der da ein Statement dazu abgibt, sondern ich muss es einfach nur irgendwie mitteilen können. B03: Pos.: 497 - 502 (0)</p>	<p>- Austausch mit Mutter, die selbst in einem ähnlichen Berufsfeld gearbeitet hat</p> <p>- Zuhause davon erzählen und Erlebtes rauslassen, brauch keine Rückmeldung, muss es einfach erzählen können B03</p>
	<p>Dass ich versuche, das nach Außen zu tragen und somit mir eine Unterstützung auf diese Art und Weise zukommen lasse B04: Pos.: 233 - 235 (0)</p> <p>Deswegen versuche ich immer ganz bewusst das bei Anderen anzusprechen: "Ich habe das und das erlebt, wie siehst du das, kannst du mir da mal einen Rat geben, wie ich damit umgehen soll". B04: Pos.: 239 - 241 (0)</p>	
		<p>Mit anderen Sprechen und sich Rat bzgl. des Umgangs einholen B04</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
persönliche Bewältigungsmethoden\ Austausch im privaten Umfeld	<p>Ich habe mich dann erst einmal ins Zimmer zurückgezogen, die Tür zugemacht und meinen Freund angerufen. Der war der Erste, dem ich es erzählt hatte. Also das Erlebnis einfach teilen zu können. B05: Pos.: 234 - 237 (0)</p> <p>Hauptsächlich durch die Gespräche mit den Kolleginnen, dass ich mit meinem Freund gesprochen habe und aufgefangen wurde im Kollegenkreis. B05: Pos.: 288 - 290 (0)</p>	<p>Freund war der Erste, dem sie es erzählt hat, nachdem sie die Nachricht erhalten hat. B05</p>
	<p>Ja oder wenn mein Mann merkt, dass ich gestresst von der Arbeit nach Hause komme, dann sagt er: "Komm, ich koche uns etwas Schönes" ((lächelt)) und dann gucken wir einen Film oder so. Das hilft mir auf jeden Fall, um Stress abzubauen. Etwas anderes zu machen, etwas anderes als Arbeit zu machen, mich mit schöneren Dingen zu beschäftigen. Das hilft mir auf jeden Fall. B06: Pos.: 264 - 269 (0)</p>	<p>Ehepartner, der sie Zuhause auffängt B06</p>
	<p>Entlastend kenne ich, das ist auch nichts strukturelles, das ist das eigene private Umfeld. Das ist das, was für mich auch immer entlastend gewirkt hat. Nicht unbedingt, weil man solche Dinge jetzt besprechen würde, also mit meiner Familie habe ich nie über solche Sachen groß gesprochen, weil meine Frau will das nicht wissen und die Kinder geht es nichts an (lacht). Die wissen, dass ich einen stressigen Job habe, die wissen auch, warum das so ist, aber die müssen die Details nicht wissen. Aber natürlich ist ein funktionierendes privates Umfeld etwas Entlastendes. B07: Pos.: 298 - 306 (0)</p>	<p>funktionierendes soziales Umfeld und Familie wirkt entlastend --> auch wenn man sich nicht direkt über die Ereignisse austauscht, sondern schon dann, wenn sie einen emotional unterstützen, also merken, dass es dem/der Angehörigen nicht gut geht und ihr/ihm Raum für ihre/seine Gefühle geben B07</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
persönliche Bewältigungsmethoden\ Austausch im privaten Umfeld	<p>Aber natürlich war ich sehr erschlagen und bin dann an dem Tag, als ich davon gehört habe, sehr schnell zu einer Freundin gefahren und konnte da mich mal fallen lassen. Das hat mich natürlich sehr intensiv mitgenommen. B09: Pos.: 175 - 179 (0)</p> <p>Sonst war es vor allem privates Setting, befreundete TherapeutInnen auch so ein eigenes Netzwerk, bei dem ich Rückhalt bekommen habe. B09: Pos.: 308 - 311 (0)</p> <p>Sehr viel Netzwerk, auch so Sachen, wo ich im Nachhinein denke: "Ich hab da schon ganz schön viel beansprucht", da das ja auch mit solchen Themen auch immer so eine Sache ist, wen man im privaten Umfeld mit einbeziehen kann. B09: Pos.: 377 - 381 (0)</p>	- nahm viel Unterstützung durch gute Freunde und befreundete Therapeut*innen in Anspruch B09
persönliche Bewältigungsmethoden\ Beschäftigen mit dem Tod	<p>Dann habe ich selbst überlegt, wie ist das denn mal, wenn du stirbst? B01: Pos.: 415 - 416 (0)</p> <p>Am Ende sind es auch schon fast philosophische Fragen, dass es am Ende auch darum geht, sich mit dem Tod auseinanderzusetzen und sich mit der Endlichkeit auseinanderzusetzen. B09: Pos.: 199 - 202 (0)</p>	- Gedanken über den eigenen Tod B01
persönliche Bewältigungsmethoden\ Perspektivwechsel	<p>Was ich auch noch ganz cool fand: im Gespräch hatte mal eine andere Klientin gesagt, letzten Endes ist der Selbstmord für die eine Lösung, aber es verfrachtet die ganzen Gefühle und die Schmerzen auf die anderen Menschen drum herum. Also der Schmerz wird nie vergehen, sondern wird einfach nur weitergeleitet. Das war auch eine sehr interessante Ansichtssache und das hat mir geholfen. Das habe ich dann auch immer ihr im Gespräch gesagt. B01: Pos.: 416 - 424 (0)</p>	- Perspektivwechsel durch Klientin, die sagt, dass Suizid eine Lösung ist, aber Schmerz nur ans Umfeld weitergibt --> hat geholfen (auch präventiver Aspekt, wenn es weitergegeben wird) B01

Code	Codierte Segmente	Summary
persönliche Bewältigungsmethoden\ Perspektivwechsel	<p>Die Klientin hätte übrigens Geburtstag gehabt und da sagte mir der Bruder dann, weil die Mutter war auch schizophren und hatte sich auch suizidiert, auch recht früh und da sagte der Bruder dann zu mir, auf der, wir hatten noch so einen kleinen Abschied, wo sie noch einmal aufgebahrt war, wo man noch einmal ihre Leiche sehen konnte, da durfte ich mit dabei sein. Und da war der Bruder auch da und der sagte dann zu mir: "Das ist ja eigentlich ein echtes Wunder, dass sie überhaupt so alt geworden ist, mit dieser schweren Erkrankung". Das war für mich so komplett eine ganze neue Perspektive das so zu sehen, weil man sollte nicht so früh sterben. Und er hat das ganz anders gedeutet, weil er auch schon mit der Mutter solche Erfahrungen gemacht hat und meinte: "Für eine so schwer kranke Person ist das ein gutes Alter". Das hat mich sehr überrascht.</p> <p>B05: Pos.: 360 - 372 (0)</p>	<p>Perspektivwechsel durch den Bruder der Klientin --> Es ist ein Wunder, dass sie mit der schweren psychischen Erkrankung überhaupt so alt geworden ist --> Perspektivwechsel, da sie sonst immer dachte "Man sollte nicht so früh sterben"</p> <p>B05</p>
persönliche Bewältigungsmethoden\ praktische Tätigkeiten	<p>und wenn es wirklich mal so ein tiefer Tag war, keine tiefsinnige Musik hören. Im Umkehrschluss -wenn es ein guter Tag war- tiefsinnige Musik hören, so richtige Trauermusik, Beerdigungsmusik.</p> <p>B01: Pos.: 412 - 415 (0)</p> <p>Ich spiele auch gerne Videospiele und auch da spiele ich ein paar Spiele, wo man wirklich auch andere Gefühlswelten hat und da kann ich runterkommen.</p> <p>B01: Pos.: 437 - 439 (0)</p>	<p>Musik hören, an guten Tagen auch mal traurige, an schlechten Tagen keine traurige</p> <p>Computerspiele spielen</p> <p>B01</p>
	<p>Was ich noch gemacht habe ist, viel musische Sachen wie Musik hören oder malen, was nochmal das Ganze körperlich rauslässt.</p> <p>B03: Pos.: 368 - 371 (0)</p>	<p>Musik hören</p> <p>Malen</p> <p>B03</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
persönliche Bewältigungsmethoden\ praktische Tätigkeiten	<p>Für mich persönlich dann privat Zuhause habe ich einen Text geschrieben, also quasi wie einen, also ich glaube das war jetzt nicht wie ein Brief, aber einfach so Gedanken, die mir noch gekommen sind, um einen Abschluss zu haben. Und um jetzt auch nicht zu viel ins Grübeln zu kommen, habe ich dann einfach ganz praktische Sachen gemacht. Ich habe sehr viel gehäkelt (lacht) und hab dabei Kinderhörspiele gehört (lacht). Das habe ich dann so eine Woche gemacht und es war schön. B05: Pos.: 290 - 297 (0)</p> <p>Also die Gedanken sind irgendwann ausgedacht und wiederholen sich dann einfach. Man findet ja keine Antworten. Um da ein bisschen rauszukommen, tat es gut Ablenkung und Beschäftigung mit den Händen zu haben. B05: Pos.: 302 - 305 (0)</p>	<p>- Text geschrieben, wie ein Brief an die Klientin, in dem eigene Gedanken , die zu dem Ereignis hochgekommen sind, notiert wurden --> um einen Abschluss zu haben & nicht mehr so viel darüber nachzudenken</p> <p>- gehäkelt und Hörspiele für Kinder gehört --> Ablenkung und Beschäftigung B05</p>
	<p>Ok, gute und schlechte, fangen wir mit den guten an. Alles, was mit Musik zu tun hat, erdet mich. Am besten ist, wenn ich selbst Musik mache, ich spiele Gitarre. Und (..) damit komme ich eigentlich in allen belastenden Lebenssituationen ganz gut klar, wenn ich dann mich zurückziehen kann, in meine vier Wände, und Gitarre spielen kann. Da schaffe ich es dann auch Gedanken wieder ordnen zu können und mich insgesamt beruhigen zu können. B08: Pos.: 328 - 335 (0)</p> <p>Aber wenn ich das so ganz mit mir allein ausmachen müsste oder ausgemacht habe, dann war es in erster Linie die Musik. B08: Pos.: 359 - 361 (0)</p>	<p>Musik produzieren (Gitarre spielen) B08</p>
	<p>Gerade weil ich auch etwas dazu schreiben konnte, habe ich das ganz gut verorten können und weiß auch noch, was da so Punkte sind, die noch einmal aufkommen werden. B09: Pos.: 321 - 324 (0)</p> <p>Dann viele entlastende Spaziergänge, viel Musik. B09: Pos.: 374 - 375 (0)</p>	<p>- hat etwas über das Ereignis geschrieben (hat sich intensiv damit auseinandergesetzt) --> um es abschließen zu können und loszuwerden - Musik hören B09</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
persönliche Bewältigungsmethoden\ praktische Tätigkeiten	Ich glaube, ich habe damals auch immer mal ein paar Sachen aufgeschrieben, um Sachen loszuwerden. B09: Pos.: 375 - 377 (0)	
persönliche Bewältigungsmethoden\ Bewegung	Ansonsten Sport treiben, B01: Pos.: 411 - 411 (0)	Sport treiben B01
	Aber auch so ganz normale Sachen, wie einen Spaziergang machen, Sport machen, diese Dinge. Die habe ich sicherlich auch als helfend empfunden. B06: Pos.: 218 - 220 (0)	Sport treiben, Spaziergänge machen B06
	Was hilfreich ist sonst, das will ich aber nicht nur auf diese Arbeit beziehen, ist für mich einfach in die Natur gehen, raus gehen, spazieren gehen, wandern. Eine Tour mache ich mal sehr selten, aber wenn dann ist es sehr gut. Ja, das ist richtig Kopf frei kriegen. Was ja heute so schön Waldbaden heißt, das braucht man gar nicht mit dem Wort versehen, einfach in der Natur sein. Was für mich wahnsinnig hilfreich ist, da komme ich jetzt so drauf, dass ich versuche, wenn ich rauskomme so menschengemachte Geräusche auszuschließen. B07: Pos.: 497 - 505 (0)	in die Natur gehen, wandern gehen, spazieren gehen und sich auf die Natur einlassen B07
	Dann viele entlastende Spaziergänge, viel Musik. B09: Pos.: 374 - 375 (0)	Spaziergänge B09
persönliche Bewältigungsmethoden\ Meditation und Entspannungstechniken	Da habe ich einfach weiterhin meditiert, aber auch ein bisschen intensiver als sonst immer nur 5 bis 10 Minuten, wirklich mal so 20 Minuten. B01: Pos.: 401 - 403 (0)	intensive Meditation B01

Code	Codierte Segmente	Summary
persönliche Bewältigungsmethoden\ Meditation und Entspannungstechniken	Genau, was ich noch gerne mache, was mit Corona aber völlig eingeschlafen ist, ist Yoga. Also ich mache gerne Entspannungstechniken. Ich mache mit Patienten auch häufig Entspannungsübungen, also da bin ich für und das hilft mir selbst auch. Bei solchen Übungen kann ich mich wirklich gut runteratmen oder eine Stunde Yoga, dann ist auch mein Kopf frei. Aber das sind eigentlich schon so die Hauptdinge: Entspannungstechniken und Sprechen. B02: Pos.: 335 - 342 (0)	Yoga & Entspannungsübungen B02
persönliche Bewältigungsmethoden\ persönliche Weiterbildung	Das hat mir dann auch geholfen und dann auch noch ein bisschen Fachliteratur lesen, zum Beispiel Rotthaus. Der hat mal so ein Modell aufgestellt und daran habe ich mich so ein bisschen orientiert und gedacht, es ist wirklich noch relativ entspannt. B01: Pos.: 361 - 365 (0)	Fachliteratur lesen B01
	Aber allerdings, wenn Leute das wirklich als Druckmittel benutzen, zum Beispiel Borderliner, dann ist das ihre Strategie, dann ist es auch wirklich schwer zu sagen, das liegt jetzt an mir und meinem Handeln. Dann muss man wissen, dass das in deren Kontext als Mittel immer da ist und sich davon nicht beeindrucken lassen und sich vielleicht ein bisschen (..) Das hört sich jetzt brutal an, aber das dient ja auch dem Selbstschutz B04: Pos.: 74 - 80 (0)	Weiterbildung in der Hinsicht, dass Suizide immer passieren können und Suizidalität auch als Druckmittel eingesetzt werden kann. B04

Code	Codierte Segmente	Summary
persönliche Bewältigungsmethoden\ persönliche Weiterbildung	<p>Ich weiß nicht, ob Technik das richtige Wort ist. Also was für mich immer wichtig und hilfreich war, ist möglichst hohe Kompetenz anzueignen in der Thematik, also zum Beispiel mal eine Fortbildung zu dem Thema besuchen und mich damit beschäftigen oder einfach mal ein Buch lesen. Ich bin ja nun weit davon entfernt, ein Arzt oder Psychiater zu sein, aber einfach sich in diese diagnostischen Manuale einzulesen oder in die Systematik als solche, in die psychischen Störungsbilder. Dass man da einfach Kenntnisse hat und sich eine Kompetenz aneignet. Das macht kompetenter im Handeln und es macht sicherer. Ich glaube das ist das, was wichtig ist, dass ich Sicherheitsgefühl mitbringe und auch vermitteln kann. Also dass ich schon eine Idee habe, wie man mit diesen Dingen umgehen kann oder auch, was mir in der Arbeit wichtig ist, ist verschiedene Handlungsoptionen zu haben, dass ich handlungsfähig bin und auch der Familie, den Kollegen vermitteln kann, es gibt Handlungsfähigkeit, auch auf verschiedenen Ebenen. Das ist etwas, was es mir dann leichter macht und das erreiche ich, indem ich einfach mir Wissen aneigne, Wissen und Kompetenz.</p> <p>B07: Pos.: 447 - 464 (0)</p>	<p>- möglichst hohe Kompetenz im Umgang mit suizidalen Patient*innen aneignen --> Buch lesen, diagnostische Manuale lesen, über Störungsbilder informieren --> macht sicherer im eigenen Handeln und vermittelt den Klient*innen gleichzeitig Sicherheit, zudem garantiert die persönliche Weiterbildung, verschiedene Handlungsoptionen zu haben</p> <p>B07</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
persönliche Bewältigungsmethoden\ persönliche Weiterbildung	Und dass einem klar ist, dass es durchaus zu einem Schockzustand und zu Symptomen kommen kann, die zu einer PTBS führen können, also Schlaflosigkeit, innere Unruhe, dass man sich mit diesen Symptomen auseinandergesetzt hat. B08: Pos.: 229 - 233 (0)	Wissen über das Eintreten möglicher Reaktionen nach einem suizidalen Ereignis (PTBS, Schlaflosigkeit) und das erkennen der Symptome B08
professionelle Bewältigungsmethoden\Fort- und Weiterbildungen	Dann habe ich mich aber natürlich über die Arbeit und über Fortbildungen, in meinen Supervisionen mit dem Thema auseinandergesetzt und dann kriegt man da auch andere Blickweisen drauf, die man natürlich auch abrufen kann, wenn einem so etwas wieder passiert. Und es passiert halt immer wieder. B02: Pos.: 222 - 227 (0)	Fortbildungen B02
	Also was für mich immer wichtig und hilfreich war, ist möglichst hohe Kompetenz anzueignen in der Thematik, also zum Beispiel mal eine Fortbildung zu dem Thema besuchen und mich damit beschäftigen oder einfach mal ein Buch lesen. B07: Pos.: 447 - 451 (0)	Kompetenz auch durch Fortbildungen aneignen B07
professionelle Bewältigungsmethoden\ Intervision	Ich habe auch noch eine Intervisionsgruppe, also wo lauter Psychiater und Psychologen zusammensitzen, was auch eher so ein bisschen kollegiales Auskotzen ist, aber auch mal einen Fall vorstellen: "Das ist da passiert und was haltet ihr davon". Intervision ist dann halt, oder so verstehe ich das, wo man sich unter Kollegen, quasi kollegial berät. Und das sind die wichtigen Instrumente für mich. B02: Pos.: 195 - 202 (0)	hat eine Intervisionsgruppe mit verschiedenen Psycholog*innen und Psychiater*innen B02
	Also was wir viel hatten, war Intervision und Supervision. Das war immer gut, aber das waren leider immer feste Termine und man kann sich ja nicht aussuchen, wann sich in einem Fall die Lage zuspitzt. B03: Pos.: 347 - 350 (0)	Intervision --> Kritik: immer feste Termine, man kann sich aber nicht aussuchen, wann ein belastendes Ereignis passiert B03
professionelle Bewältigungsmethoden\ psychologische Beratung	Da hatte ich Glück, weil es in der Psychiatrie sowieso Vorschrift war. Ich hatte auch über Jahre meinen eigenen Supervisor für meine Psychotherapieausbildung. Also nicht nur die Gruppen-Supervision, wie wir die in der Klinik hatten, sondern ich hatte noch meinen eigenen Psychotherapeuten. B02: Pos.: 172 - 177 (0)	- hatte während der Ausbildung ihren eigenen Psychotherapeuten (eher in der Rolle als Supervisor) B02

Code	Codierte Segmente	Summary
professionelle Bewältigungsmethoden\ psychologische Beratung	In meiner eigenen Supervision, die ich im Rahmen der Ausbildung hatte, habe ich natürlich auch solche belastenden Situationen besprochen, auch die, wo ich gemerkt habe, dass sie mir nachhängen. Dann vielleicht auch schon so eher in einer therapeutischen Richtung Dinge zu besprechen B06: Pos.: 209 - 213 (0)	Im Rahmen der Ausbildung eigenen Therapeuten gehabt, um schwierige Fälle zu besprechen B06
	In dem Fall sonst nichts, aber ich habe bei einer früheren Geschichte schon einmal, die gar nicht so einschneidend war, ne das muss ich auch anders erzählen. Ich habe aus persönlichen Gründen mal eine Psychotherapie gemacht, 2005, meine ich. Und in dem Rahmen habe ich auch mit der Psychotherapeutin mal über einen schwierigen Fall gesprochen, das wäre auch noch eine Möglichkeit. B08: Pos.: 243 - 249 (0)	Im privaten Rahmen Psychotherapie genutzt und diese ebenfalls genutzt, um sich mit der Psychotherapeutin über schwierige Fälle auszutauschen B08
	Im Rahmen meines Studiums hatte ich einen Dozenten, bei dem ich am Ende auch meine Arbeit über das Praxissemester geschrieben habe, der auch so in diesem Modul, was zu diesem Praxissemester lief, mir Input gegeben hat. Der hat auch eine humanistische Therapieausbildung und mit dem hatte ich auch persönlich einen ganz guten Draht. Bei dem konnte ich tatsächlich nochmal ein Entlastungsgespräch führen. Das war sehr hilfreich, dass ich außerhalb des Unisettings bei ihm ein Beratungsgespräch und damit ein Entlastungsangebot hatte. B09: Pos.: 295 - 304 (0)	- Im Rahmen des Studiums einen Dozenten mit einer humanistischen Therapieausbildung --> Entlastungsgespräch geführt --> sehr hilfreich auch außerhalb der Uni ein Unterstützungsangebot zu haben B09
professionelle Bewältigungsmethoden\kolle gialer Austausch	Bis ich dann irgendwann mal auf die Idee kam, das mit einer trägerinternen Kollegin zu besprechen, die auch schon mit solchen Menschen gearbeitet hat. B01: Pos.: 153 - 155 (0) An anderen Schulen, das habe ich von so einer Teamberatung gehört, gibt es auch so ein paar Fälle, die erst im letzten Jahr entstanden sind. B01: Pos.: 297 - 299 (0)	- Besprechen der Fälle mit trägerinternen Kolleg*innen - Teambesprechungen --> hat in der Hinsicht geholfen, dass er einen Erfahrungsaustausch gab und sie ihn beruhigt haben B01

Code	Codierte Segmente	Summary
professionelle Bewältigungsmethoden\ kollegialer Austausch	Naja dann eben mal so eine Teambesprechung, weil ich dann wirklich so gegen Ende November sehr unsicher wahr und da habe ich quasi mit den ganzen Anderen aus der Schulsozialarbeit geredet. Die haben auch mal ihre Fälle erzählt und ihre Ideen geteilt. Die beiden Sozialarbeiterinnen aus dem Gymnasium hatten auch schon einmal so einen Fall gehabt und sie haben mir gesagt, ich soll das nicht zu sehr an mich ranlassen. B01: Pos.: 342 - 349 (0)	
	Was man nicht kaufen kann, was das Nützlichste überhaupt ist, aus meiner Sicht, sind Kollegen, mit denen man sich austauschen kann und zwar ziemlich direkt. Das war bei uns in der Klinik eigentlich immer so. Wir haben uns sofort zusammengesetzt und, was weiß ich, zwei, drei Kollegen, die jetzt gerade im Dienst waren haben gefragt: "Was war da los, was ist da genau passiert, mit wem hat wer wann gesprochen, wie geht es dir". Dass man sich austauscht, über das, was man vielleicht übersehen haben könnte, was man fachlich hätte anders machen können, aber auch das, wie es einem selbst damit geht. B02: Pos.: 179 - 189 (0)	kollegialer Austausch ist das Nützlichste überhaupt --> nach suizidalem Ereignis erfolgte Austausch sofort (Austausch über das, was man übersehen hat, was man fachlich hätte anders machen können und über eigene Gefühle) B02
	Deshalb hat es mir gut getan, wenn ich einfach mit Kollegen oder meiner Teamleitung gesprochen habe. (...) Kollegen konnten einfach auch mal gut zuhören und eigene Erfahrungen bringen, aber Teamleiter hatten immer einen Rat, vor allem weil die Teamleitung verfolgt, wie du diesen Fall begleitet hast. Das heißt, die konnten dir auch immer ein Stück weit die Schuld nehmen, weil man macht sich ja immer Gedanken: "Was hätte ich anders tun können". Und die konnten dann immer rückmelden, wo du eben gute Arbeit geleistet hast, sodass man eben auch nicht anfang, an sich selbst zu zweifeln. B03: Pos.: 351 - 362 (0)	- Austausch mit Kolleg*innen --> konnten gut zuhören und eigenen Rat geben - Austausch mit Vorgesetzten --> konnten Schuldgefühle nehmen und Zweifel an den eigenen Fähigkeiten durch positives Feedback zur Arbeit geben, auch Verantwortung wurde mit auf den Schultern der Teamleitung getragen --> fangen Schuldzuweisungen von Angehörigen ab B03

Code	Codierte Segmente	Summary
professionelle Bewältigungsmethoden\ kollegialer Austausch	<p>Und neben Daheim mache ich das auch viel im Austausch mit meiner Teamleitung, weil ich mich da aufgehoben fühle. Vor allem weil Suizidalität immer mit Konsequenzen verbunden ist. Man sucht da immer einen Schuldigen, gerade in dem Bereich, in dem ich arbeite, gibt man dann schnell dem Helfersystem die Schuld, das eben nicht geholfen hat. Um mich da ein Stück weit zu schützen, gehe ich mit meinen Vorgesetzten ins Gespräch, weil die das dann abfangen. B03: Pos.: 502 - 511 (0)</p>	
	<p>Das Hauptunterstützungsangebot ist einfach der Austausch mit Kollegen, mit Leuten, die auch damit zu tun haben. Dieser Erfahrungsaustausch, dass man sich einfach Dinge von der Seele reden kann. B04: Pos.: 125 - 128 (0)</p> <p>Einfach dieses Gespräch und sich das von der Seele reden und in den Austausch zu gehen und zu sehen: "Ich bin nicht der Einzige, der solche Erfahrungen gemacht hat". B04: Pos.: 131 - 134 (0)</p>	<p>Hauptunterstützungsangebot ist der Austausch mit den Kolleg*innen, v.a. der Erfahrungsaustausch und das Reden über ausgelöste Gefühle, auch zu sehen, dass man selbst nicht der Einzige ist, der so etwas erlebt hat, hilft. B04</p>
	<p>Dann bin ich erst einmal ins Büro und habe das da erst einmal verarbeiten müssen. Ich hatte dann da auch Kolleginnen, die sich mit mir unterhalten haben. B05: Pos.: 117 - 119 (0)</p>	<p>- Nach dem Ereignis im Büro von den Kolleg*innen aufgefangen</p> <p>- Chef davon erzählt</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
professionelle Bewältigungsmethoden\ kollegialer Austausch	<p>Das hat geholfen, das erst einmal zu teilen. Dann hatte ich es meinem Chef erzählt. Ich hatte meine Kollegin angerufen, mit der ich sehr eng befreundet bin. Das war gut, das war heilend. Das war eigentlich das Wichtigste in dem ersten Moment. Dann auch später kamen immer wieder Kollegen und Kolleginnen zu mir und drückten ihre Anteilnahme aus. Sie waren alle ziemlich entsetzt. Das war irgendwie so ein Gefühl von: "Jetzt sind schon zwei, drei Tage vergangen, aber es ist dauernd präsent", das war gut zu sehen, dass es nicht einfach so weiterging, sondern dass auch andere dann immer noch zu einem kamen und dass man das noch nacharbeiten konnte. B05: Pos.: 241 - 251 (0)</p> <p>Wir hatten letztes Jahr einen Fall, das war der Klient einer meiner Kolleginnen, der hatte sich suizidiert, indem er aus dem Fenster gesprungen ist. Da habe ich mir so ein bisschen abgesehen, wie sie das macht. Man redet dann auch darüber und wird auch wieder an den Suizid der eigenen Klientin erinnert. Aber sie ist schon seit 20 Jahren in dem Beruf und hat auch einige Suizide erleben müssen. B05: Pos.: 269 - 275 (0)</p> <p>Hauptsächlich durch die Gespräche mit den Kolleginnen, dass ich mit meinem Freund gesprochen habe und aufgefangen wurde im Kollegenkreis. B05: Pos.: 288 - 290 (0)</p>	<p>- Austausch mit engen Kolleg*innen</p> <p>- Kolleg*innen kamen auch noch Tage nach dem Ereignis und drückten Anteilnahme aus --> war schön zu sehen, dass es nicht einfach so weitergeht, sondern genug Raum zum Aufarbeiten da ist und andere Anteil nehmen</p> <p>- auch Erfahrungsaustausch mit Kolleg*innen wichtig, die schon mehr Berufserfahrung haben --> abgucken, wie die mit Suizidalität umgehen B05</p>
	<p>Und da weiß ich, da hat mir sehr geholfen, dass mein Chef mich zu sich gerufen hat, um das mit mir zu besprechen und das hat mich sehr entlastet, auch dass er mir noch einmal gesagt hat: "Wir können nicht jeden davon abhalten und zu einer guten Psychiatrie gehört dazu, dass man sich suizidieren darf". B06: Pos.: 84 - 88 (0)</p>	<p>Am ehesten Unterstützung durch das kollegiale Gespräch --> zuerst mit engen Kolleg*innen über schwierige Fälle sprechen, danach mit dem Team</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
professionelle Bewältigungsmethoden\ kollegialer Austausch	<p>Also als erstes würde ich auf jeden Fall den kollegialen Austausch nennen, was eigentlich immer sofort passiert. Also so zwischen engen Kolleginnen, wo man immer wieder über schwierige Patienten spricht, bis zum Team, wenn auf der Station so etwas passiert ist. Das finde ich, ist immer so das Erste. B06: Pos.: 202 - 206 (0)</p> <p>Am ehesten im kollegialen Gespräch, gerade mit den engen Kolleginnen. B06: Pos.: 217 - 218 (0)</p> <p>Bei der einen Patientin fand ich das gut von meinem Chef, dass da von oben noch einmal die Rückmeldung kam: "Du hast alles richtig gemacht, du musst dich nicht verrückt machen". Das fand ich auch sehr hilfreich B06: Pos.: 223 - 226 (0)</p>	<p>- neben den Kolleg*innen wirkt auch die Unterstützung vom Vorgesetzten entlastend - -> nahm ihr die Schuldgefühle und Gefühle der Verantwortung, gab ihr positives Feedback bezüglich ihrer Arbeit (hast alles richtig gemacht)B06</p>
	<p>Also wir haben kollegiale Beratung. Ich fang nochmal kleiner an, erst einmal spricht man überhaupt mit den Kollegen. Wir sind ein Team, in dem zusammengearbeitet wird und wo man auch mal ganz informell miteinander spricht und füreinander da ist. Das hat in der allermeisten Zeit meiner Arbeit auch immer sehr gut funktioniert, eigentlich immer. Das ist erstmal so der erste Schritt. Dann gibt es natürlich eine strukturierte kollegiale Beratung B07: Pos.: 274 - 280 (0)</p> <p>Die Gespräche mit den Kollegen, die Supervision. Die haben wir ja regelmäßig. B07: Pos.: 311 - 312 (0)</p>	<p>- kollegiale Beratung am wichtigsten, zuerst, indem man mit einzelnen Kolleg*innen ganz informell über ein Ereignis spricht und füreinander da ist, dann der Austausch im Team über strukturierte kollegiale Beratung - -> in erster Linie macht man das mit den Kolleg*innen aus, mit denen man befreundet ist - auch der Wissens- und Erfahrungsaustausch unter Kolleg*innen ist wichtig - Austausch mit den Vorgesetzten ist möglich, wird jedoch nicht genutzt, da die Vorgesetzten nicht die optimalen Gesprächspartner für die Art von Austausch sind und nicht ausreichend Fähigkeiten dafür mitbringen B07</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
professionelle Bewältigungsmethoden\ kollegialer Austausch	<p>Eine Sache, die es noch gäbe, die aber aufgrund der personellen Situation nicht stattgefunden hat, ist der Austausch mit Vorgesetzten. Wir haben eine Fachaufsicht, da habe ich zwei verschiedene kennengelernt in der Zeit. Beide waren da nicht unbedingt die Personen, mit denen man das gemacht hätte, einer mehr als der andere, aber das wäre etwas, was theoretisch ginge, aber nicht genutzt wurde. Für mich sind es in erster Linie die Kollegen. Es gibt auch Kollegen, mit denen man auch freundschaftlich verbunden ist und mit denen macht man das dann im Grunde aus. B07: Pos.: 315 - 323 (0)</p> <p>Und auch da das rückkoppel mit meinen Kollegen: "Was weißt du, was weiß ich", das man diese Sachen bespricht einfach. B07: Pos.: 464 - 466 (0)</p>	
	<p>Mir persönlich hat die kollegiale Auseinandersetzung, also Peer-to-Peer am meisten gebracht. B08: Pos.: 214 - 215 (0)</p> <p>Was ich in Anspruch genommen habe war, dass ich mit einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, mit der ich zusammen gearbeitet habe bei der Patientin, dass wir das noch einmal miteinander besprochen haben auf der kollegialen Ebene. Das hat mir eigentlich am meisten geholfen. B08: Pos.: 238 - 243 (0)</p> <p>Aber ich fand tatsächlich die Peer-to-Peer Geschichte auf kollegialer Ebene besser, als mit einem Psychotherapeuten darüber zu sprechen. B08: Pos.: 249 - 252 (0)</p> <p>Alle, die, die an dem Abend Dienst hatten, mal abgesehen davon, dass wir eine leichte Rauchvergiftung hatten, die natürlich nicht behandelt wurde ((lächelt)), wir sind anschließend alle in die Kneipe gegangen und haben geredet miteinander. Da war natürlich auch Alkohol im Spiel, da hat keiner Wasser getrunken. Aber das Miteinander reden, das war sehr sehr hilfreich, also da bin ich wieder bei diesem kollegialen Austausch. B08: Pos.: 352 - 359 (0)</p>	<p>- am meisten hat der kollegiale Austausch geholfen, v.a. der Austausch mit einer befreundeten Psychotherapeutin, welche zusammen mit ihm mit der Klientin gearbeitet hat</p> <p>- hilfreich ist auch der informelle Austausch zwischen Kolleg*innen (einfach miteinander reden)</p> <p>- kollegialer Austausch besser, als mit einem/einer Psychotherapeut*in darüber zu sprechen B08</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
professionelle Bewältigungsmethoden\ Supervision	Supervision, das ist das woran wir auch als Pflicht teilnehmen mussten in der Hochschule B01: Pos.: 321 - 322 (0)	Supervision als Pflicht seitens der Hochschule B01
	Aus dem was ich erfahren habe, also das was man installieren kann, was aber leider Geld kostet, ist regelmäßige Supervision. Das ist vorgeschrieben in der Psychiatrie, da gibt es auch keine Nummer raus. B02: Pos.: 166 - 169 (0)	- regelmäßige Supervision ist Vorschrift in Psychiatrie (Gruppensupervision)
	Mit Terminen habe ich dann halt noch Supervision genutzt und meine eigene Supervision bei meinem eigenen Therapeuten. B02: Pos.: 193 - 195 (0)	- Einzelsupervision B02
	Also was wir viel hatten, war Intervention und Supervision. Das war immer gut, aber das waren leider immer feste Termine und man kann sich ja nicht aussuchen, wann sich in einem Fall die Lage zuspitzt. B03: Pos.: 347 - 350 (0)	Supervision --> Kritik: immer feste Termine, man kann sich aber nicht aussuchen, wann ein belastendes Ereignis passiert B03
	Das hatte zur Folge, dass wir eine Supervision über diesen Fall gemacht haben, weil wir natürlich alle betroffen waren. B06: Pos.: 69 - 71 (0)	Supervision war hilfreich, Bedingung: dass man in vertrauensvoller Atmosphäre offen über seine Gefühle sprechen kann
	Das konnte in der Supervision ganz gut gelöst werden, weil wir alle miteinander reden konnten und in einer vertrauensvollen Atmosphäre sagen konnten, welche Gefühle das in uns ausgelöst hatte. B06: Pos.: 74 - 76 (0)	- Supervision wichtig, wenn das ganze Team betroffen ist, leider nicht so häufig der Fall B06
	Eine Entscheidung, dass man jetzt extra dafür eine Supervision macht, das ist ja nicht so ganz häufig. Aber das ist schon auch ein ganz wichtiger Aspekt, wenn man merkt, dass das ganze Team betroffen ist. B06: Pos.: 206 - 209 (0)	

Code	Codierte Segmente	Summary
professionelle Bewältigungsmethoden\ Supervision	<p>Das haben wir natürlich im Kollegium auch besprochen, auch in der Supervision. B07: Pos.: 241 - 242 (0)</p> <p>Dann gibt es natürlich eine strukturierte kollegiale Beratung und natürlich eine Supervision. Das ist das, was man organisatorisch bietet. B07: Pos.: 279 - 281 (0)</p> <p>Die Gespräche mit den Kollegen, die Supervision. Die haben wir ja regelmäßig. Das ist dann schon hilfreich, wobei die nicht immer so abrufbar ist, weil wenn man da in der Gruppe von zehn Leuten sitzt, dann hat natürlich jeder einmal was. B07: Pos.: 311 - 315 (0)</p>	<p>Supervision, Kritik: nicht immer so abrufbar, feste Termine, nicht genug Zeit, damit sich jeder äußern kann B07</p>
	<p>Das geht schon ein bisschen in den zweiten Teil, also die Bewältigung und zwar (..) war dieses Ereignis, ich sag mal so eine Art Neutronenbombe auf der Station. Es hat alle unglaublich berührt, auf unterschiedliche Arten und Weisen, sodass eine nie dagewesene Größe an Teilnehmern einer Supervision dabei rauskam. Da waren sogar Leute dabei, von denen ich überhaupt nicht wusste, dass sie Kontakt zu der Patientin hatten. Ich hätte mir zu dem Zeitpunkt eigentlich eher gewünscht, dass der Kreis derer gering gehalten wird, beispielsweise mit den Leuten, die wirklich als Ersthelfer da waren. B08: Pos.: 126 - 136 (0)</p> <p>Die professionelle Aufarbeitung fand ich, die mir zumindest angeboten wurde, seitens der Supervisorin, fand ich eher schlecht. Das lag daran, dass diese Supervisorin an dem Tag des Suizids auch involviert war, weil sie eine Supervision machte und erstmals diese Patientin mit in die Supervision nahm, zur Exploration ihres Falls. Ich glaube, sie hatte ein ebenfalls schlechtes Gewissen und war zu dem Zeitpunkt, als die Supervision dann lief, nicht so professionell. B08: Pos.: 215 - 223 (0)</p>	<p>Supervision, Kritik: zu große Teilnehmendenzahl, Supervisorin selbst viel zu nah an der Klientin dran --> nicht unabhängig und professionell B08</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
professionelle Bewältigungsmethoden\ Supervision	<p>Die konnte dann glücklicherweise auch noch stattfinden, an einem Freitag, zwei Tage nachdem wir von diesem Vorfall gehört hatten, hatten wir eine Supervision. Die war auch tatsächlich sehr hilfreich, B09: Pos.: 160 - 163 (0)</p> <p>Dann war die Supervision echt gut, weil dadurch eine Möglichkeit da war, dass sie dem ganzen nochmal Raum geben konnte und loslassen konnte. B09: Pos.: 167 - 169 (0)</p> <p>Wir haben auch ein Supervisionsangebot von der Hochschule gehabt, aber die Person, die das da durchgeführt hat, war mit dieser Art des Vorfalls ein bisschen überfordert und in dem Setting nicht dafür gewappnet, um da für mich hilfreich zu agieren. B09: Pos.: 304 - 308 (0)</p>	<p>- selbst organisierte Supervision war hilfreich, weil dadurch Gefühlen Raum gegeben werden konnte und losgelassen wurde - Supervision von Hochschule eher nicht hilfreich --> Supervisorin überfordert B09</p>
professionelle Bewältigungsmethoden\ präventive Maßnahmen	<p>Ich habe auch Maßnahmen mit ihr ausprobiert, um das ein bisschen aufzufangen. Zum Beispiel (...) ich weiß nicht, wie der genaue Wortlaut ist, aber ich habe quasi so zwei verschiedene Bälle genommen, da konnte sie dann etwas reinreden. Das eine war ein positiver Ball, das andere ein negativer Ball. Danach hat sie es dann hingelegt und wir haben es von außen betrachtet. Ich habe also so ein bisschen versucht zu arbeiten, durch solche Maßnahmen. Und dann auch allgemein durch Gespräche. B01: Pos.: 157 - 165 (0)</p> <p>Irgendwann kamen dann sogar noch Schlafprobleme hinzu, wo sie mehrere Panikattacken in der Nacht und am Tag bekommen hat und dann nicht mehr schlafen konnte. Das war für mich auch so ein Alarmzeichen und immer wenn ich so etwas gehört habe, bin ich zu hier hin und habe mit ihr geredet und sie beruhigt. B01: Pos.: 171 - 176 (0)</p>	<p>- Maßnahmen ausprobiert, damit keine Ausführung erfolgt --> konkret im Interventionsgespräch mit verschiedenen Methoden gearbeitet --> verstärkt auf Anzeichen geachtet --> generell durch Gespräche --> Klientin teilte ihre Gefühle mit --> Absicherung durch Notfallplan, den beide Parteien unterschrieben --> jedes Anzeichen/ jede Androhung wurde ernstgenommen B01</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
professionelle Bewältigungsmethoden\ präventive Maßnahmen	<p>Letzten Endes hat sich das auch, vor allem durch die Achtsamkeitsgruppe, spürbar verbessert. In dieser Gruppe haben wir alle zusammen meditiert. Es waren so fünf Jugendliche und dann haben wir quasi über alles geredet, auch über die Gefühlswelt. B01: Pos.: 180 - 184 (0)</p> <p>Das mit der psychologischen Betreuung wollte ich sowieso noch erreichen, bevor ich aus dem Praktikum gehe, weil danach habe ich sie ja nicht mehr im Blick. B01: Pos.: 191 - 194 (0)</p> <p>Dann habe ich noch eine weitere Absicherung gemacht, falls wirklich irgendwas passiert, habe ich mit ihr so einen Notfallplan erstellt. Den gibt es auf solchen Suizidseiten, hab ich mir quasi geholt. Wir haben uns dann wirklich mal drei Stunden hingesezt und wirklich drei Stunden geredet und es Stück für Stück ausgefüllt, darüber geredet und dann haben wir beide eine Unterschrift darunter gesetzt. Den habe ich jetzt immer noch. Das ist wirklich auch zur Absicherung, falls etwas passiert, dass keiner sagt, ich bin dran Schuld. Da habe ich auch keine Lust drauf gehabt. B01: Pos.: 211 - 220 (0)</p> <p>in der sozialen Arbeit und allgemein im sozialen Bereich, sollte jeder Hilferuf total ernstgenommen werden. Es sollte trotzdem verfolgt werden, wenn solche Gedanken geäußert werden, auch wenn es noch nicht auf einem kritischen Weg ist. Einfach bearbeiten und falls man sich unsicher ist, wirklich einen Notfallplan machen und sich absichern. B01: Pos.: 458 - 464 (0)</p>	
Bewertung der eigenen Bewältigung	<p>Können Sie sich an einen Fall erinnern, bei dem die Bewältigung Ihnen gut gelungen ist? #00:18:05-3#</p> <p>B2: Nein (...) also ich finde es immer schwierig, grundsätzlich. B02: Pos.: 264 - 267 (0)</p>	- findet die Bewältigung von suizidalen Fällen immer schwierig B02

Code	Codierte Segmente	Summary
Bewertung der eigenen Bewältigung	<p>Kannst du dich an einen Fall in deiner, ich sag mal, beruflichen Laufbahn erinnern, bei dem dir die Bewältigung weniger gut gelungen ist? #00:20:41-3#</p> <p>B3: (...) Nein, also nicht im suizidalen Kontext. Das waren dann eher andere Schicksale, die mich mitgenommen haben, aber im suizidalen Kontext (..) das sind eher private Dinge, die ich mitgekriegt habe, die mich mitgenommen haben. B03: Pos.: 372 - 379 (0)</p> <p>Ich denke, man kann nie sagen, dass einem bei so einem Thema die Bewältigung gut gelingt. Jeder Mensch, der beruflich mit Suizidalität zutun hat, ist in einem Bereich, wo eine gewisse Menschlichkeit erforderlich ist und jeder der Menschlichkeit besitzt kann nicht sagen: "Den Suizid habe ich jetzt besonders gut verarbeitet". Ich denke, da nagt es immer irgendwo an einem. B03: Pos.: 473 - 480 (0)</p>	<p>- Fälle, die mit Suizidalität zu tun haben, sind immer schwieriger zu bewältigen --> in ihrem Arbeitskontext hat sie es immer geschafft suizidale Fälle zu bewältigen, der Fall im privaten hat sie dagegen länger beschäftigt B03</p>
	<p>Also nein, ich habe jetzt keine, wie gesagt, das private, aber ich hab jetzt so kein Erlebnis, wo ich jetzt nach Jahren sage, dass ich immer noch damit arbeite. Es kann sein, dass ich das unbewusst tue. B04: Pos.: 209 - 213 (0)</p>	<p>- Bewältigung im Arbeitskontext gut gelungen, Fall im privaten weniger gut bewältigt B04</p>
	<p>Kannst du dich an einen Fall erinnern, bei dem du mit Suizidalität konfrontiert warst, bei dem dir die Bewältigung weniger gut gelungen ist? #00:24:39-1#</p> <p>B5: Nein (..) also ich hatte zum Glück dann auch keinen Klienten oder keine Klientin mehr, die es dann wirklich umgesetzt hat. B05: Pos.: 265 - 269 (0)</p> <p>Gab es einen Fall, von dem du selbst sagen würdest, dass du den besonders gut bewältigt hast? #00:26:50-2#</p>	<p>- suizidale Fälle gut bewältigt (nach dem belastenden Fall auch keine Umsetzung mehr) B05</p>

Code	Codierte Segmente	Summary
Bewertung der eigenen Bewältigung	B5: Eben der von dem ich da berichtet hatte, genau. #00:26:58-6# B05: Pos.: 284 - 286 (0)	
	Die haben mich mehr beschäftigt, das würde ich schon sagen. Ob weniger gut bewältigt, jetzt heute rückblickend würde ich schon sagen, dass ich sie gut bewältigt habe. Damals war es schon heftiger als andere Erfahrungen im Arbeitsalltag. (...) Im Nachhinein glaube ich, dass ich sie schon bewältigt habe, aber damals hat es sicherlich länger gedauert als andere Erfahrungen. B06: Pos.: 230 - 235 (0)	- Fälle haben sie mehr beschäftigt und es hat länger gedauert, diese zu verarbeiten, bewältigt hat sie sie aber dennoch. B06
	Ja, also ich glaube schon, dass ich diese beiden Fälle gut bewältigt habe und eigentlich auch die verschiedenen Menschen mit Suizidversuchen. Das ist ja viel viel häufiger der Fall. Da glaube ich schon, dass ich da gut und professionell mit umgehen konnte. Das ist in der konkreten Situation schon sehr herausfordernd. Ich würde dennoch sagen, dass mir das immer relativ gut gelungen ist. B07: Pos.: 383 - 388 (0)	- Bewältigung suizidaler Ereignisse herausfordernd, aber dennoch gelungen B07
	Genau das ist dann passiert und das hat mich mehr als nachhaltig berührt, also das ist für mich mein Nemesis, so habe ich das immer genannt. Das ist eine Geschichte, die mich wirklich nicht loslässt. B08: Pos.: 73 - 76 (0)	- Bewältigung des belastenden Ereignisses nicht gelungen --> berührt & beschäftigt ihn immer noch
	Und da bin ich tatsächlich immer noch nicht auf einem wirklich grünen Zweig. Ich kann das kopfmäßig schon klar sagen, dass es ihre Entscheidung war, nicht meine, aber andererseits, wäre ich vielleicht 5 Minuten früher rumgegangen (...). B08: Pos.: 185 - 189 (0)	- andere suizidale Ereignisse besser bewältigt B08
	Also ich fand, da ist sie mir ja schon schlecht gelungen, weil es ist ja immer noch völlig präsent. (5S) Nein, es gibt eher Fälle, wo ich sage, da ist sie mir viel besser gelungen. B08: Pos.: 286 - 289 (0)	

Code	Codierte Segmente	Summary
Bewertung der eigenen Bewältigung	<p>Es ist immer ein bisschen schwierig zu sagen, ob das gut bewältigt ist, weil ich immer noch das Gefühl habe, dass da ein zwei Dinge offen sind, weil das ein langer Prozess ist. Das ist zwar auch schon 4 Jahre her, aber ich glaube, dass ich schon einen recht guten Umgang damit gefunden habe und dass dieser Prozess gut läuft. Ich glaube, da sind immer noch so Punkte, die so aufkommen, aber an sich konnte ich einen guten Umgang damit finden.</p> <p>B09: Pos.: 314 - 321 (0)</p>	<p>- Bewältigung gelungen, aber er hat immer noch das Gefühl, dass noch Dinge offen sind, die zu einer besseren Bewältigung beitragen können.</p> <p>B09</p>

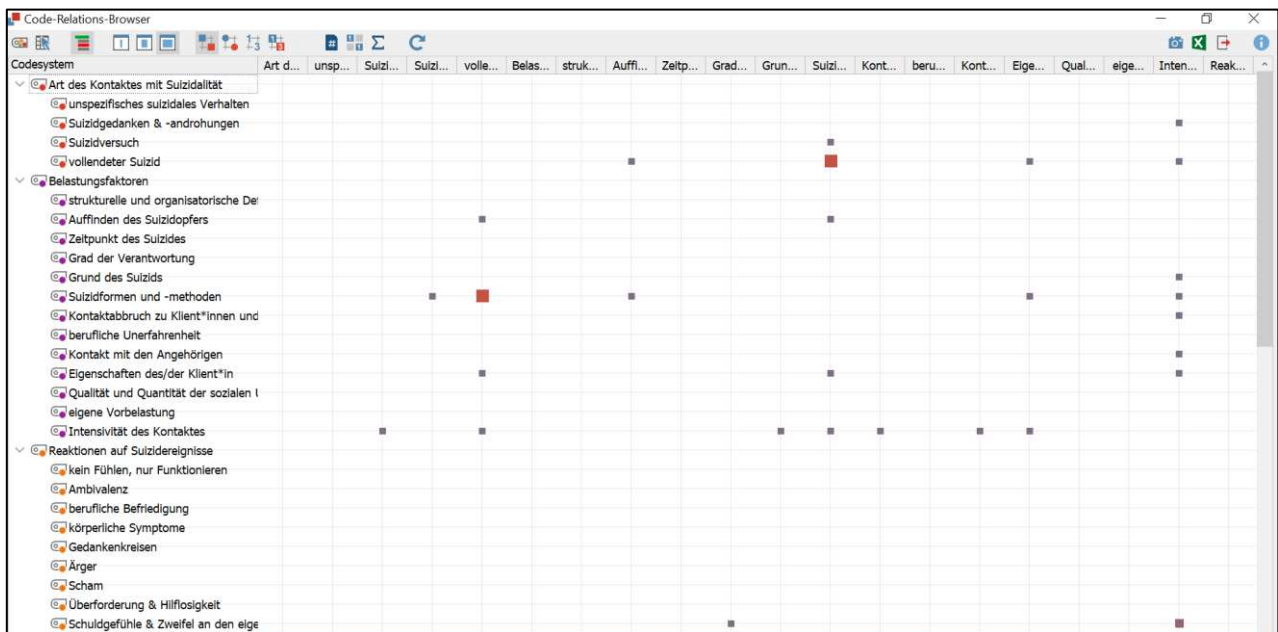
Anhang D - Screenshots zur Datenanalyse

B03 - Intensivität des Kontaktes								Codierte Segmente (3)	Summary
Codesystem	B01	B02	B03	B04	B05	B06	B07		
Belastungsfaktoren								<p>Das Zweite, was mich daran schockiert hat ist, dass sie dann zu mir einen so viel größeren Bezug hatte, dass, nachdem sie in der Schule vom Dach springen wollte, die Schulsozialarbeiterin nicht den Vater angerufen hat, sondern mich. (...) Da dachte ich dann: "Ok, da haben sich die Rollen schon so verschoben". Also dass ich nicht mehr der Erziehungsbeistand bin, sondern schon so eine relevante Bezugsperson für sie, dass das wieder ein Problem werden kann, wenn ich aus dem Fall rausgehe, weil sie dann wieder diesen Verlust von einer engen Bezugsperson hat.</p> <p>Das heißt, da hätte ich eigentlich schon auf meine Psychohygiene achten müssen, aber da ist man dann auch irgendwo Mensch. Ich meine, ich hatte sie schon ein halbes Jahr betreut, da ist man halt irgendwie doch involvierter, als man das manchmal sein sollte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - sehr intensive Beziehung zu Klient*innen --> Bezugsperson - Dauer des Kontaktes: 6 Monate - je nachdem, wie involviert sie ist, ist sie mehr oder weniger belastet
strukturelle und organisatorische De									
Auffinden des Suizidopfers									
Zeitpunkt des Suizides									
Grad der Verantwortung									
Grund des Suizids									
Suizidformen und -methoden									
Kontaktabbruch zu Klient*innen und									
berufliche Unerfahrenheit									
Kontakt mit den Angehörigen									
Eigenschaften des/der Klient*in									
Qualität und Quantität der sozialen I									
eigene Vorbelastung									
Intensivität des Kontaktes									
Reaktionen auf Suizidereignisse									
kein Fühlen, nur Funktionieren									
Ambivalenz									
berufliche Befriedigung									
körperliche Symptome									
Gedankenkreisen									
Ärger									
Scham									
Überforderung & Hilflosigkeit									

Anhang 1. Summary-Grid Tabelle (Themenmatrix)

Dokumente und Varia...	Bewertung der eigene...	Bewältigung nicht gel...	Bewältigung schwer g...	Bewältigung gut gelun...	Art des Kontaktes mit S...	unspezifisches suizidal...	Suizidgedanken & -an...
1 B01							Klientin hat Befragten Suizidgedanken mitgeteilt, die schon konkrete Pläne enthielten
2 B02			Bewältigung gelungen, aber schwer				
3 B03			- Bewältigung von suizidalen Erlebnissen immer schwer, da jedes suizidale Ereignis belastend --> demnach Schwierigkeiten in der eigenen Bewältigung				suizidale Gedanken und Suizidandrohungen bei Kindern --> Mädchen wollte vom Dach springen --> Suizidandrohungen eines Mädchens via Social Media
4 B04				Keine Ereignisse, die er nicht gut bewältigt hat (im professionellen Rahmen)			Klient*innen, die Suizid angedroht haben, aber keine Ausführung

Anhang 2. Summary Tabellen



Anhang 3. Code-Relations-Browser zur Identifikation von Zusammenhängen zwischen Sub- und Hauptkategorien

KOX Einfache Codekonfigurationen

	professionelle ...	Intervision	psychologische...	kollegialer Aus...	Supervision	präventive Ma...	Dokumente	Prozent	Anzahl Codes
◆				■	■	■	2	22,22	3
◆				■			2	22,22	1
◆			■		■		1	11,11	2
◆			■	■	■		1	11,11	3
◆		■		■	■	■	1	11,11	4
◆		■		■	■		1	11,11	3
◆				■	■		1	11,11	2
Σ							9	100,00	18

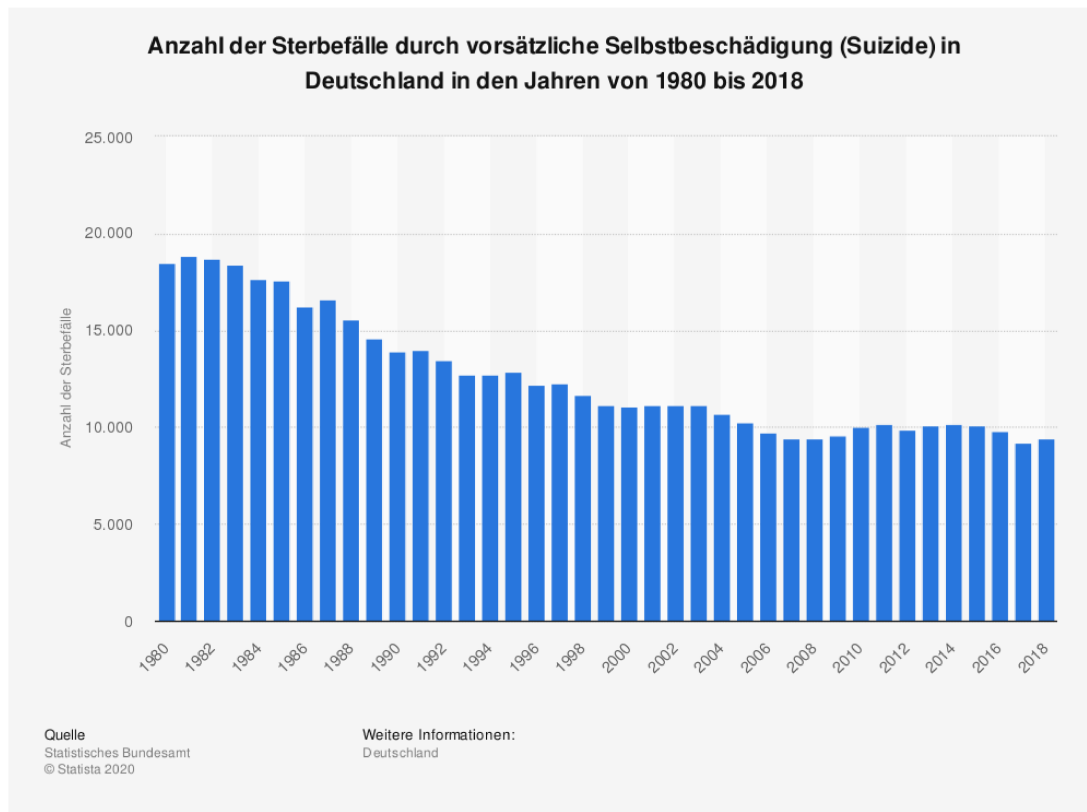
Anhang 4. Codekonfigurationen zur Erkennung bestimmter Muster und Kombinationen von Codes

Interaktive Segmentmatrix

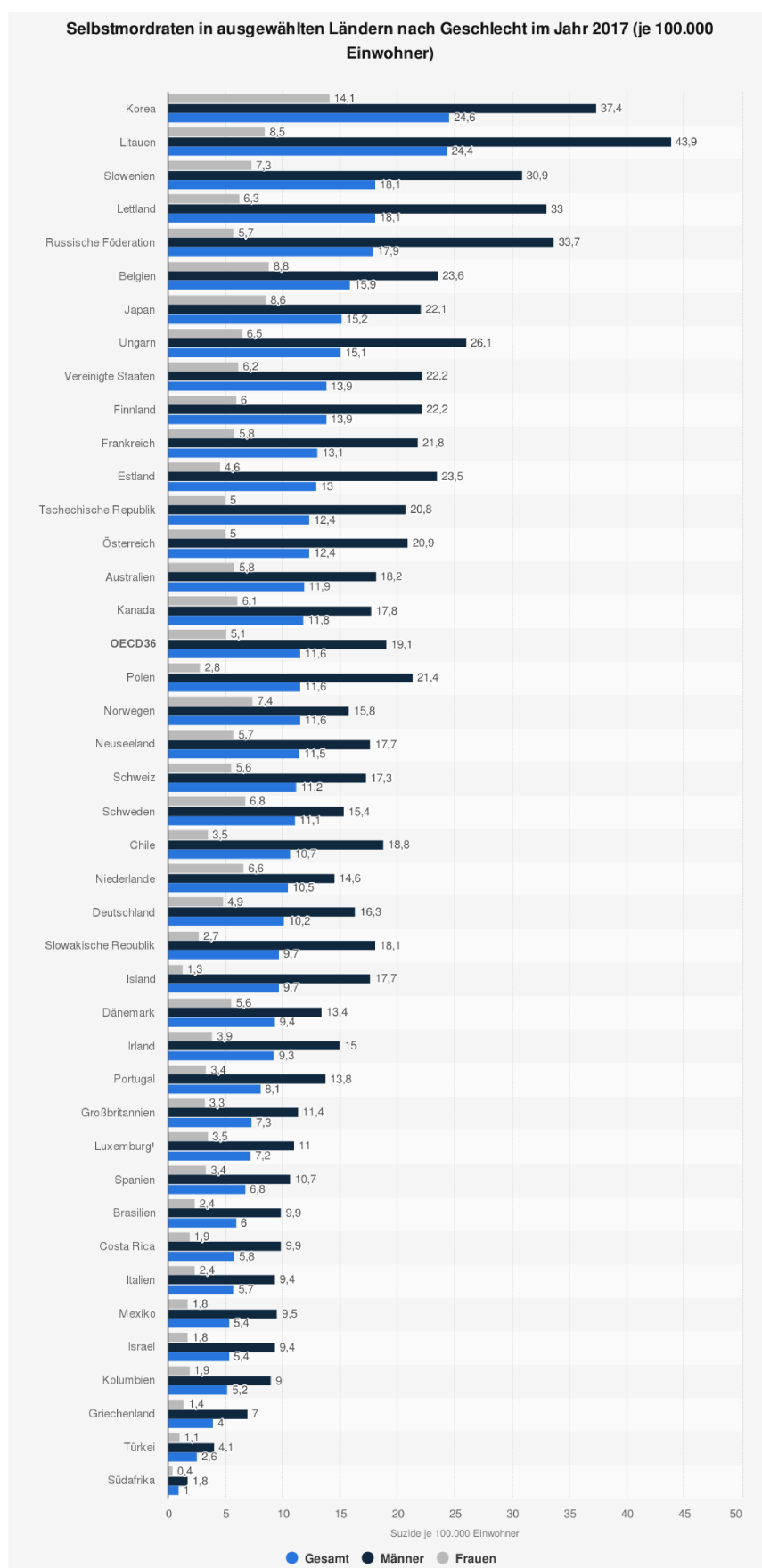
Codes	Berufseinsteiger (4 Dokumente, 1 Codiertes Segment)	Berufserfahren (5 Dokumente, 4 Codierte Segmente)
Reaktionen auf Suizidereignisse	Aber ansonsten	Dann vielleicht auch schon so eher in einer
kein Fühlen, nur Funktionieren	hatte ich mir wirklich oft Gedanken gemacht, war Zuhause	therapeutischen Richtung Dinge zu besprechen und das war
Ambivalenz	und (...) habe auch gegrübelt, gegrübelt, gegrübelt.	bei den
berufliche Befriedigung	Berufseinsteiger\B01: 155 - 157 (0)	Patienten sicherlich auch, ich will jetzt nicht sagen schlaflose
körperliche Symptome	Memo 28	Nächte,
Gedankenkreisen		aber auch nach Feierabend noch weiter darüber nachdenken,
Ärger		was
Scham		passiert ist.
Überforderung & Hilflosigkeit		Berufserfahren\B06: 212 - 216 (0)
Schuldgefühle & Zweifel an den eigenen ...		Memo 298
Schock		Ich habe immer wieder daran denken müssen und bin immer
Trauer		wieder durchgegangen: " Was hat er mir wann gesagt?, Hätte
Erleichterung		ich mit der Frau anders sprechen müssen?, hätte ich dies,
		hätte ich das".
		Berufserfahren\B02: 102 - 105 (0)
		Das Grübeln darum, sich
		schlecht fühlen, sich hinterfragen (...). Das, würde ich
		sagen, ist es eigentlich.
		Berufserfahren\B02: 149 - 151 (0)

Anhang 5. Qualitative interaktive Segmentmatrix zum Vergleichen von Fällen

Anhang E - Grafiken zur Epidemiologie



Anhang 6. Suizide in Deutschland in den Jahren von 1980-2018
(Statistisches Bundesamt, 2020)



Anhang 7. Selbstmordraten in ausgewählten Ländern im Jahr 2017 (OECD, 2019)